

# Änderungsanzeige inkl. Corona-Pause

Vertragsnummer \_\_\_\_\_

Arbeitgeber (Versicherungsnehmer) Name des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer (kein Postfach) \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Arbeitnehmer (Versicherte Person)  Frau  Herr Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer (kein Postfach) \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Namensänderung Anlagen:  Heiratsurkunde  Handelsregisterauszug

sonstige Unterlagen \_\_\_\_\_

Beitragszahlung  Termin ab \_\_\_\_\_

### Zahlungsart

Lastschriftverfahren  Überweisung

Die Beiträge sowie ggf. anfallende Kosten für in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Geschäftsvorfälle (z.B. Ausstellung einer Ersatzurkunde) werden widerruflich von dem im SEPA-Lastschrift-Mandat genannten Konto abgebucht. Bitte reichen Sie uns das SEPA Lastschrift Mandat in diesem Fall ein.

Bei Überweisung der Beiträge bitten wir Sie diese unter Angabe der Vertragsnummer auf nachfolgende Bankverbindung zu überweisen:

IBAN: DE42 3701 0050 0000 2145 09

BIC: PBNKDEFF

Postbank Köln

Beitragsfreistellung  Beitragsfreistellung ab \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

gemäß den jeweils gültigen allgemeinen Versicherungsbedingungen.

### Sonderfälle:

Elternzeit bis voraussichtlich \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

unbezahlter Urlaub bis voraussichtlich \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

längere Krankheit bis voraussichtlich \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

### Stundung:

Ich beantrage die Stundung der Beiträge im Rahmen der Corona-Pause für zunächst drei Monate ab dem \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Ich beantrage ab dem \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ die Stundung der Beiträge im Rahmen der Corona-pause für sechs Monate, max. bis zum 31.12.2021

Ich beantrage die Stundung der Beiträge ab dem \_\_\_\_\_ Monate \_\_\_\_\_ Unbezahlttermin für \_\_\_\_\_

(max. 6 Monate/nicht bei gemahnten Verträgen und/oder innerhalb des ersten Versicherungsjahres möglich)

Begründung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Unterschrift Versicherungsnehmer/in (Arbeitgeber/in) und Stempel

X

### Hinweis

Nur bei Beitragsfreistellung und Stundung notwendig.

Datum \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Unterschrift Versicherte Person (Arbeitnehmer/in)

X