

Firmenname – Straße – PLZ - Ort

Adresse Arbeitnehmer

**Beitragsreduzierung**

Ort, den 20.04..2020

**Versicherungsschein-Nr.:**

Sehr geehrte \_\_\_\_\_,

Sie teilen uns mit, dass Sie Ihre Direktversicherung mit der Vers.-Nr. \_\_\_\_\_ bei der \_\_\_\_\_ Lebensversicherung ab dem \_\_\_\_\_ auf den Beitrag \_\_\_\_\_ reduzieren möchten.

Wir möchten Sie heute über die Folgen einer solchen Beitragsreduzierung informieren.

Wir reduzieren unsere beitragsorientierte Leistungszusage für Ihre betriebliche Altersversorgung ab dem Zeitpunkt der Beitragsänderung auf den reduzierten Beitrag.

Hiermit reduzieren sich sämtliche zukünftigen Ansprüche aus der Zusage und dem dafür abgeschlossenen und nun prämienreduzierten Versicherungsvertrag.

Ebenso reduziert sich der darin enthaltene Versicherungsschutz, bspw. eine Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit.

Sie erhalten nach Durchführung der Beitragsreduzierung einen geänderten Versicherungsschein zu Ihrer Information.

Weiterhin haben Sie zukünftig die Möglichkeit den Beitrag durch eine neue Entgeltumwandlungsvereinbarung wieder zu erhöhen.

**Wichtig:**

Es ist Ihnen bekannt, dass Sie Ihre Absicherung bei Berufsunfähigkeit (Beitragsfreistellung) spätestens nach \_\_\_\_ Monaten (Frist gemäß geltender Versicherungsbedingungen Ihres Versicherers) **ohne** Gesundheitsprüfung wieder auf den vollen Beitrag aufstocken können. Bitte beachten Sie hierbei, dass Sie nach \_\_\_\_ Monaten Ihren bisherigen Versicherungsschutz nur durch die Beantwortung neuer Gesundheitsfragen (neue Gesundheitsprüfung des Versicherers) wiedererlangen können

Mit Ihrer nachstehenden Unterschrift bestätigen Sie die Beitragsreduzierung und die Kenntnisnahme der vorgenannten Sachverhalte.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitnehmer

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber