

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