

Firmenname – Straße – PLZ - Ort

Adresse Arbeitnehmer

Ort, den 20.04.2020

Beitragsfreistellung

Versicherungsschein-Nr.:

Sehr geehrte _____,

Sie teilen uns mit, dass Sie Ihre Direktversicherung mit der Vers.-Nr. _____ bei der _____ Lebensversicherung ab dem _____ beitragsfrei stellen möchten.

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

Wir widerrufen unsere beitragsorientierte Leistungszusage für Ihre betriebliche Altersversorgung ab dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung.

Hiermit erlöschen sämtliche zukünftigen Ansprüche aus der Zusage auf weitere Beitragszahlungen. Die Versorgungsleistung aus der Zusage bemisst sich zukünftig an der Versicherungsleistung des beitragsfrei gestellten Versicherungsvertrages.

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

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

Wichtig:

Weiterhin haben Sie zukünftig die Möglichkeit, den Beitrag durch eine neue Entgeltumwandlungsvereinbarung wieder zu erhöhen. Bitte beachten Sie hierbei, dass Sie nach Ablauf von ____ Monaten (Frist gemäß geltender Versicherungsbedingungen Ihres Versicherers) Ihren bisherigen Versicherungsschutz nur durch die Beantwortung neuer Gesundheitsfragen (neue Gesundheitsprüfung des Versicherers) wiedererlangen können.

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

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber