

Swiss Life AG
Niederlassung für Deutschland
Zeppelinstraße 1
85748 Garching b. München

Beitragszahlung während Elternzeit bei Direktversicherungen (§§ 40b, 3 Nr. 63 EStG)

Versicherung Nr.

Versicherungsnehmer

Versicherte Person

1. Angaben zur Elternzeit

Datum Beginn der Elternzeit

Datum Ende der Elternzeit

2. Angaben zur Beitragszahlung während der Elternzeit

- Während der Elternzeit soll die Beitragszahlung für o.g. Vertrag ausgesetzt werden.
Die Beitragszahlung wird mit Beginn der Elternzeit ausgesetzt und zum angegebenen Ende der Elternzeit automatisch wieder mit dem ursprünglichen Beitrag aufgenommen.
- Während der Elternzeit soll die Beitragszahlung für o.g. Vertrag durch die versicherte Person erfolgen.

(Hinweis: Für gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer wird die auf diesen Zeitraum entfallende, anteilige Versicherungssumme dennoch als bAV-Leistung sozialversicherungsrechtlich verarbeitet.)

3. Beitragszahlung während der Elternzeit:

per Überweisung

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige Sie, die Versicherungsbeiträge ab dem Beginn der Elternzeit von folgendem Konto abzubuchen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

DE _____
IBAN (Internationale Bankkontonummer)

BIC (Bank-Identifizierungs-Code)

Name des Kreditinstituts

Name des Kontoinhabers

Anschrift des Kontoinhabers (versicherte Person)

Das Lastschrifteinzugsverfahren kann grundsätzlich nur von Girokonten im SEPA-Raum ansässiger Banken bzw. Bankniederlassungen durchgeführt werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Kontoinhabers (versicherte Person)

4. Unterschrift für alle vorstehenden Erklärungen:

Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit aller im Formular vordruckten und von uns gemachten Angaben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Versicherungsnehmers/Arbeitgebers *

* Bei Unternehmen ist der Firmenstempel erforderlich (ersatzweise die vollständige Bezeichnung des Unternehmens)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der versicherten Person