

Antrag auf Unterbrechung der Beitragszahlungen

Mitgliedschaftsnummer: _____ Arbeitgeber / Unabhängiger Arzt: _____

Persönliche Daten

Name _____ Vorname _____

Straße Nr. _____ PLZ Ort _____

Zivilstand ledig verheiratet gesetzlich zusammenlebend geschieden Witwe(r)

Telefon _____ E-Mail _____

Unterbrechung der Beitragszahlungen

Bei unbezahltem Urlaub, Ausbildung oder wenn die Erwerbstätigkeit so weit reduziert wird, dass die Voraussetzungen für die Unterstellung unter den Vorsorgeplan nicht mehr erfüllt sind, kann die versicherte Person die Sparbeiträge während maximal zwei Jahren beibehalten oder unterbrechen.

Beginn der Unterbrechung: _____ / _____ / _____ (nur zu Beginn eines Monats möglich)

Ende der Unterbrechung: _____ / _____ / _____ (nur am Ende eines Monats möglich)

Beibehaltung der vollen Leistungen. Die Risiko-, Kosten- und Sparbeiträge gehen zu 100% zu Lasten des/der Arbeitnehmers/in (Wahlmöglichkeit nur für Arbeitnehmer/innen oder Selbstständige mit externer Versicherung)

Beibehaltung der Leistungen für Invalidität und Tod. Risiko- und Kostenbeiträge werden beibehalten

Verfügen Sie über Ihre volle Arbeitsfähigkeit? ja nein

Wenn nicht, wann war der Beginn der Arbeitsunfähigkeit? _____ / _____ / _____

Unterschriften

Die unterzeichnenden Personen bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift(en) des Arbeitgebers (wenn Arbeitnehmer)

