



**Vereinbarung über die Weiterführung des Vertrages in entgeltlosen Zeiten
Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG - im Rahmen eines Kollektivvertrages ApothekenRente**

Änderungsantrag Vers.-Nr. 70

zwischen

und

.....
Arbeitgeber

.....
Arbeitnehmer

wegen entgeltlosen Zeiten ab: | | | |

Die Beitragszahlung erfolgt
durch Arbeitgeber bis einschließlich |31.| | | |

Elternzeit,
Sonstige entgeltlose Zeiten
(z.B. Krankheit, Arbeitslosigkeit unbezahlter Urlaub etc.)

voraussichtlich bis: | | | |

Wichtige Hinweise:

In entgeltlosen Zeiten werden die Beiträge zum Vertrag vom Arbeitgeber nicht bezahlt. Das Arbeitsverhältnis besteht weiter. Es ruhen jedoch die beiderseitigen Hauptpflichten im Arbeitsverhältnis, d.h. der Arbeitnehmer ist von der Erbringung der Arbeitsleistung, der Arbeitgeber von der Lohn- bzw. Gehaltszahlung befreit. Ohne weitere Beitragszahlung muss der Vertrag beitragsfrei weitergeführt werden. Dadurch reduziert sich der Umfang des Vertrages. Die Reduzierung des Vertrages kann vermieden werden, wenn die Beiträge für die Dauer der entgeltlosen Zeit direkt (privat) von der versicherten Person (Arbeitnehmer) bezahlt werden.

Wie wollen Sie Ihren Vertrag weiterführen?

a) mit gleichen Beiträgen

b) mit reduzierten Beiträgen in Höhe von EUR

Der Beitrag wird zum o. g. Termin reduziert und kann innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Elternzeit (§ 212 VVG) wieder auf den ursprünglichen Beitrag erhöht werden (Wiederinkraftsetzung). In allen sonstigen Fällen ist die Wiederinkraftsetzung von den gesetzlichen Bestimmungen sowie der Einzelfallentscheidung des Versorgungsträgers abhängig.

c) Beitragsfreie Fortführung

Der Beitrag wird zum o. g. Termin reduziert und kann innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Elternzeit (§ 212 VVG) wieder auf den ursprünglichen Beitrag erhöht werden (Wiederinkraftsetzung). In allen sonstigen Fällen ist die Wiederinkraftsetzung von den gesetzlichen Bestimmungen, sowie der Einzelfallentscheidung des Versorgungsträgers abhängig.

Für a) und b) sind die **Beiträge unter Angabe der Versicherungsscheinnummer**
auf folgendes Konto der R + V zu zahlen:

Konto	BLZ	Bank	Kontoinhaber
801 22 55	500 604 00	DZ Bank	R+V Lebensversicherung AG

Hinweise - Besondere Vereinbarungen

Bitte beachten Sie, dass Vertragsänderungen nur zusammen mit dem Arbeitgeber beantragt werden können. Erfolgt keine Mitteilung, wird der Vertrag unverändert fortgeführt

.....
Ort/ Datum

.....
Unterschrift Arbeitnehmer

.....
Unterschrift Arbeitgeber /Firmenstempel