

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

Proxalto Lebensversicherung AG  
Postfach 102305  
20016 Hamburg

**Versicherungsnehmer:**

\_\_\_\_\_  
Name oder Firma

\_\_\_\_\_  
Vorname

**Versicherte/r Arbeitnehmer:**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

## Änderungsmeldung Direktversicherung

### Anschrift- / Namens- / Bezugsrechtsänderung

Die neue Anschrift von Ihrem/r Arbeitnehmer/in ab dem \_\_\_\_\_ lautet:

\_\_\_\_\_  
Straße/Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Wohnort

Der neue Nachname ab

lautet: \_\_\_\_\_ |

Grund:      Heirat      Scheidung

### **Bezugsrechtsänderung**

1. Direktversicherungen nach § 40b EStG
2. Direktversicherungen nach § 3 Nr. 63 EStG, unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen der Rangfolge für Hinterbliebenenleistung wird nur das Sterbegeld nach § 150 Abs.4 VVG an nachfolgend benannte Person gezahlt.

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße/Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Wohnort

**Dienstaustritt / Ruhendes Arbeitsverhältnis / Beitragsfreistellung / Beitragsreduzierung**

Den letzten Beitrag zahlen wir für \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr), wegen

**Dienstaustritt**

Beendigung des Arbeitsverhältnisses (Kündigung) zum \_\_\_\_\_  
Bezug der gesetzlichen Altersrente ab \_\_\_\_\_  
Bezug der gesetzlichen Erwerbsminderungsrente ab \_\_\_\_\_

| <b><u>Ruhendes Arbeitsverhältnis</u></b> | <b>von</b> | <b>bis (falls bekannt)</b> |
|--|------------|----------------------------|
| Mutterschutz/Elternzeit                  | _____      | - _____                    |
| Krankheit (Ende der Lohnfortzahlung)     | _____      | - _____                    |
| Sonstiges: _____                         | _____      | - _____                    |

**Fortführung der Altersversorgung**

Wir nehmen die Beitragszahlung zum \_\_\_\_\_ wieder auf, da das Arbeitsverhältnis aktiv fortgeführt wird.

**Beitragsfreistellung**

Wir beantragen eine Beitragsfreistellung zum \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

**Beitragsreduzierung**

Wir beantragen eine Beitragsreduzierung auf \_\_\_\_\_ EUR zum \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr) (bitte Mindestbeitrag beachten)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel und Unterschrift Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitnehmer