

Bitte zurück an:
Gothaer Pensionskasse AG
50598 Köln

Meldung einer entgeltfreien Beschäftigungszeit

Vers.-Nr. _____ Kenn.-Nr. _____ Abr.- Gruppe: _____

Versicherte Person _____

Anschrift (Straße, PLZ und Ort) _____

Das Dienst-/Arbeitsverhältnis ruht ab: _____ bis einschließlich: _____

wegen: Elternzeit Langzeiterkrankung sonstiges: _____

Die Beitragszahlung durch den Arbeitgeber erfolgt bis einschließlich (MM/JJJJ): _____

I. Zur Erhaltung des **vollen Versicherungsschutzes** erfolgt die Beitragszahlung durch die versicherte Person

- Beiträge abbuchen. Bitte senden Sie uns das beigefügte SEPA-Lastschrift-Mandat ausgefüllt und unterschrieben zurück.
- Rechnung an die Adresse der versicherten Person.

Die aus der privaten Beitragszahlung resultierenden Versicherungswerte müssen im Leistungsfall der gesetzlichen Krankenkasse der versicherten Person gemeldet werden. Für diese Beiträge müssen nach derzeitiger Rechtslage doppelte Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge entrichtet werden.

II. Beitragsfreistellung mit **reduziertem Versicherungsschutz**

- Die Versicherung soll nach den folgenden Bedingungen beitragsfrei gestellt werden:
 1. Durch die Einstellung der Beitragszahlung verringert sich der Versicherungsschutz. Bei einer vorhandenen Berufsunfähigkeitszusatzversicherung kann diese ruhen oder sich vermindern.
 2. Nimmt der versicherte Arbeitnehmer seine Tätigkeit wieder auf, werden wir dieses der Gothaer Pensionskasse AG umgehend und innerhalb von 3 Monaten nach der Beendigung der entgeltfreien Beschäftigungszeit mitteilen und die Versicherung im vollen Umfang zu den vor der Umwandlung vereinbarten Bedingungen wieder aufleben lassen.
 3. Bei einer zeitlich befristeten entgeltfreien Zeit ist eine weitere Meldung nicht erforderlich.
 4. Eine beitragspflichtige Wiederherstellung einer beitragsfreien Versicherung kann nur innerhalb von 3 Jahren erfolgen.
 5. Die Wiederherstellung kann ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb der genannten Wiederherstellungsfristen erfolgen. Der Versicherungsschutz muss zu Beginn der entgeltfreien Beschäftigungszeit in voller Höhe bestanden haben. Die Wiederherstellung ist dann vom positiven Ergebnis einer Gesundheitsprüfung abhängig.
 6. Der ursprüngliche Versicherungsschutz verringert sich nach der Wiederherstellung durch die Zahlungsunterbrechung entsprechend.

III. Beitragsguthaben

Ein evtl. Beitragsguthaben ist

dem Beitragskonto der Kenn.-Nr.: _____ Abr.-Gruppe: _____ gut zu schreiben

auf das Firmen-Konto-Nr.(IBAN): _____ BIC: _____

Bank: _____ zu überweisen.

Ort und Datum _____

Unterschrift des Versicherungsnehmers, Stempel _____

Ort und Datum _____

Unterschrift der versicherten Person _____

SEPA-Lastschrift-Mandat

Antwort: Gothaer Pensionskasse AG, 50598 Köln



Hinweise Bitte **alle Felder** zur **Zahlungsart und Kontoverbindung ausfüllen**.
Ihre Rechte zum SEPA-Lastschrift-Mandat sind in einem **Merkblatt** enthalten, das Sie **von Ihrem Geldinstitut** erhalten.
Sie können **innerhalb von 8 Wochen**, beginnend mit dem Belastungsdatum, **die Erstattung des belasteten Betrages verlangen**.
Es gelten dabei die mit Ihrem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Angaben zum Zahlungsempfänger Gothaer Pensionskasse AG Gläubiger ID DE70ZZZ00000070198
Arnoldiplatz 1
50969 Köln

Mandatsreferenz _____ Vom Zahlungsempfänger auszufüllen.

Verwendungszweck _____
Versicherungsschein-/ Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages (falls bekannt)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Geldinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Zugleich erkläre ich / erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorab-Information einer SEPA-Basislastschrift (Pre-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.

Zahlungsart Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Datum erster Einzug/ Gültig ab _____

Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen Anrede, Vorname, Name

Straße und Hausnummer

Land PLZ Ort

IBAN (Internationale Bankkontonummer)

BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts) Name des Geldinstituts
Im europäischen Währungsraum nicht erforderlich.

Ort, Datum und Unterschriften

Ort	Datum	Unterschrift des Zahlungspflichtigen	Unterschrift des 2. Zahlungspflichtigen
-----	-------	--------------------------------------	---

Zur Information **Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen Zahlungsempfänger und Zahlungspflichtigen.**

Bei abweichendem Beitragszahler Name des Versicherungsnehmers _____ Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen.

Abbuchungstermin 1. eines Monats 15. eines Monats (nicht bei fondsgebundenen Tarifen/nicht bei Einmalbeiträgen) wie bisher

Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) Nach Art. 13 DS-GVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die **Gothaer Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail info@gothaer.de**. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DS-GVO finden Sie im Datenschutz-Informationsblatt. Dieses enthält insbesondere Angaben zur **Kontaktmöglichkeit zum Datenschutzbeauftragten, zum Zweck und zur Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, zu den Empfängern personenbezogener Daten, zur Speicherdauer, zu Ihren Betroffenenrechten und zu eventuell eingesetzten automatisierten Entscheidungen**. Das Informationsblatt finden Sie in der jeweils aktuellen Fassung unter www.gothaer.de/datenschutz.