

Standard Life Versicherung  
bAV-Service  
Lyoner Straße 15  
60528 Frankfurt/Main

**Schneller geht's per E-Mail: unterschrieben und eingescannt an [bav-service@standardlife.de](mailto:bav-service@standardlife.de)**

**Versicherungsschein-Nr.:** \_\_\_\_\_  
**Versicherungsnehmer:** \_\_\_\_\_  
**versicherte Person:** \_\_\_\_\_

## Mitteilung zur Elternzeit oder entgeltfreien Zeit

Die versicherte Person befindet sich

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

- in Mutterschutz/Elternzeit  
 in entgeltfreier Zeit (z.B. Krankheit)

Die letzte Beitragszahlung durch den Arbeitgeber erfolgt/e am \_\_\_\_\_.

Ab dem 01. \_\_\_\_ .20 \_\_\_\_\_

- soll die Beitragszahlung in der bisherigen Höhe durch die versicherte Person erfolgen.  
 soll der Vertrag mit einem monatlichen Beitrag von \_\_\_\_\_ Euro (mindestens 20 Euro) fortgeführt werden.\*  
 soll der Vertrag beitragsfrei fortgeführt werden.\*

\*Hierfür ist die Unterschrift des Arbeitgebers (Versicherungsnehmer) erforderlich. Bei Beendigung der Elternzeit oder Ausscheiden aus dem Unternehmen wird der Vertrag mit dem ursprünglichen Beitrag fortgeführt.

Bei Ende der Elternzeit/entgeltfreien Zeit soll die Beitragszahlung zu diesem Vertrag, soweit keine anderslautende Erklärung des Versicherungsnehmers erfolgt, durch den Versicherungsnehmer fortgesetzt werden. Die Beitragshöhe zu diesem Zeitpunkt entspricht dem letztmalig vor Beginn der Elternzeit/entgeltfreien Zeit entrichteten Beitrag.

### Nur bei privater Beitragszahlung durch die versicherte Person (Arbeitnehmer)

Das bisher verfügte Bezugsrecht wird durch folgende Vereinbarung ergänzt:

Das Bezugsrecht ist für den während der entgeltfreien Zeit durch private Beitragszahlung der versicherten Person finanzierten Teil der Versicherungsleistung unwiderruflich.

- SEPA-Lastschriftmandat der versicherten Person für die Dauer der Elternzeit/entgeltfreien Zeit, falls gewünscht:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Standard Life Versicherung, Zweigniederlassung Deutschland der Standard Life International DAC, wiederkehrende Zahlungen (Beiträge, Zinsen und Gebühren) von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser

Kreditinstitut an, die von Standard Life Versicherung auf mein/unser Konto gezogene/n Lastschrift/en einzulösen.

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

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Kontoinhaber\*  
(Vorname, Name, Straße,  
Hausnummer, PLZ, Ort)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber

\*bei Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats sind Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers zwingend erforderlich. Unsere Gläubiger-Identifikations-Nr. lautet DE29SLV00002139558, die Mandatsreferenz teilen wir Ihnen nachträglich mit

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel Versicherungsnehmer

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift versicherte Person