



Absender:

zurück an:

Ende der entgeltlosen Beschäftigung

Erklärung zu Versicherungs-Nr. _____

Die entgeltlose Beschäftigung endet/endete zum **01.** _____

Der Vertrag wird ab **01.** _____ wieder als betriebliche Altersversorgung über unser Unternehmen fortgeführt.

Beitrag: _____ EUR/Zahlungsweise: _____
(monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich)

(gegebenenfalls gewünschte Änderungen des Beitrags/der Zahlungsweise bitte vorab mit der Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG/Württembergischen Lebensversicherung AG klären.)

SEPA-Lastschriftmandat:

Wir ermächtigen die Württembergische Versicherung AG, Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Württembergischen Versicherung AG von unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Rückerstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Wir wissen, dass durch diese Rückerstattung der Versicherungsschutz gefährdet wird, da der Versicherungsbeitrag rückwirkend als nicht bezahlt gilt. Die Rechtsfolgen entnehmen wir den Versicherungsbedingungen unseres Vertrages. Der Versicherer wird spätestens 5 Tage vor Einreichung der ersten Lastschrift und bei Änderungen über den Lastschriftbetrag und Belastungstag informieren. Wir verpflichten uns, dem Versicherer stets unsere aktuellen Adressdaten mitzuteilen. Der Versicherer wird sie an die Württembergische Versicherung AG weiterleiten.

Württembergische Versicherung AG, 70163 Stuttgart

Gläubiger-Identifikations-Nummer: DE81ZZZ00000052734

Das SEPA-Lastschriftmandat gilt ab sofort _____

Angaben zum Konto					BIC
Kreditinstitut (Name)					
IBAN	LKZ	Prüfz.	BLZ	Kontonummer	Zusätzliche Auslands-IBAN

Wir erteilen mit unseren Angaben zum SEPA-Lastschriftmandat die obige Ermächtigung zugunsten der Württembergische Versicherung AG sowie die Anweisung an unser Kreditinstitut.

Bitte buchen Sie alle rückständigen Beiträge von oben angegebenem Konto ab.

Die Lastschrifteinzugsermächtigung ist bei den fondsgebundenen Produkten zwingend erforderlich. Der Beitrag wird immer zum 1. des fälligen Monats eingezogen.

Die Beiträge werden ab _____ durch Dauerauftrag überwiesen.

Bitte künftig Beitragsrechnungen zusenden.

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers (Versicherungsnehmer) mit Firmenstempel

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers (Versorgungsberechtigter)

