

Per Fax an 040 / 41 26 16 50

**AFC Assekuranzmakler Finanz-Consulting GmbH**  
Bramfelder Straße 50  
22305 Hamburg

**Arbeitgeber / Stempel:**

## Änderungsmitteilung:

Vertrag-Nr: \_\_\_\_\_

Gesellschaft: \_\_\_\_\_

### Versicherte Person / Mitarbeiter:

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

- Abmeldung. Mitarbeiter scheidet zum \_\_\_\_\_ aus dem Unternehmen aus.  
(Mitarbeiter wird von AFC schriftlich über Möglichkeiten der Fortführung bzw. Übertragung informiert)
- BU-Meldung. Mitarbeiter ist seit dem \_\_\_\_\_ für voraussichtlich 6 Monate  
Arbeits- bzw. Berufsunfähig. (Mitarbeiter erhält ggf. vom Versicherer einen Leistungsantrag)
- Erhöhung des Beitrages auf monatlich € \_\_\_\_\_ ab dem \_\_\_\_\_
- Beitragsfreistellung. Der Vertrag soll ab dem \_\_\_\_\_ beitragsfrei fortgeführt  
werden. (Nur möglich, wenn Mindestvertragswert bereits vorhanden)
- Reduzierung der Beitragshöhe auf monatlich € \_\_\_\_\_ ab dem \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers

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

\_\_\_\_\_  
\*Unterschrift des Mitarbeiters

\*Unterschrift des Mitarbeiters nur erforderlich, wenn Beitragsänderung gewünscht.