

Friends Planbusiness-Nr.:

Berater-Nr.:

Berater:

Retour an:

Aviva
Postfach 92 01 26
51151 Köln

Erhöhungsantrag

Per Fax an:
+49 2203 89021 10

Per E-Mail an:
fpbservicecenter@aviva.com

Antragsteller(in) / Arbeitgeber

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Name der versicherten Person:

Geburtsdatum:

Die Änderung gilt mit Wirkung vom:

Der Beitrag zur Direktversicherung erhöht sich um einen monatlichen Betrag in Höhe von:

____, ____ €

Der neue Gesamtbeitrag beträgt dann:

____, ____ €

Arbeitgeber und Arbeitnehmer haben hierbei folgende Teilung des oben genannten Gesamtbeitrages vereinbart:

Arbeitgeberbeitrag:

____, ____ €

Entgeltumwandlung durch Arbeitnehmer:

____, ____ €

Arbeitgeberzuschuss zur Entgeltumwandlung:

____, ____ €

Die aktuelle Anlagestrategie/ Fondsauswahl bleibt unverändert bestehen.

Unterschriften

Mit unseren Unterschriften bestätigen wir die betragsmäßige Anpassung einer ggf. separat bestehenden Vereinbarung zur Entgeltumwandlung

Datum:

Unterschrift Arbeitgeber

Unterschrift Versicherte Person

