

Änderungsantrag Direktversicherung

Bitte per Post an: AXA Lebensversicherung AG, 51172 Köln oder per Fax: 0221/148-22750

Versicherungsnummer:		Kollektivnummer:	
Versicherte Person:			
Anschrift:			
Versicherungsnehmer:			



1. Beendigung des Arbeitsverhältnisses (F12)

Dienstaustritt zum:		Beiträge werden vom Arbeitgeber gezahlt bis einschließlich:	
<p>Bei Vorliegen unverfallbarer Anwartschaften gemäß § 1b des Betriebsrentengesetzes (BetrAVG):</p> <p>- Wir machen von der versicherungsförmigen Lösung gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 Betriebsrentengesetz (BetrAVG) Gebrauch. Liegt eine beitragsorientierte Leistungszusage vor, werden dadurch die Ansprüche der versicherten Person aus der Versorgungszusage gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 BetrAVG auf die aufgrund des Versicherungsvertrages zu erbringenden Leistungen begrenzt. Die versicherungsförmige Lösung kann nur dann wirksam umgesetzt werden, wenn wir eine entsprechende Erklärung in engem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem Ausscheiden der versicherten Person, spätestens drei Monate danach, gegenüber dem Versicherer und der versicherten Person abgegeben haben. Die Versicherung soll auch dann auf die versicherte Person übertragen werden, wenn die Erklärung der versicherungsförmigen Lösung nicht wirksam war.</p> <p>- Liegt eine Beitragszusage mit Mindestleistung vor, ist der Anspruch der versicherten Person gemäß § 2 Abs.6 BetrAVG begrenzt auf das der versicherten Person aufgrund der von uns geleisteten Beiträge planmäßig zuzurechnende Versorgungskapital, mindestens auf die Summe der bis zum Ausscheiden geleisteten Beiträge, soweit sie nicht rechnungsmäßig für einen biometrischen Risikoausgleich verbraucht wurden.</p> <p>Sollte der Versicherte bei oder nach Übertragung der Versicherung auf ihn eine Kapitalabfindung gemäß § 3 BetrAVG wünschen, stellen wir hiermit schon jetzt einen entsprechenden Antrag</p>			
Übertragung des Vertrages auf bzw. Rückkauf:		<input type="checkbox"/> den ausgeschiedenen Mitarbeiter <input type="checkbox"/> einen neuen Arbeitgeber (Bitte nennen Sie uns die aktuelle Anschrift des ausgeschiedenen Mitarbeiters bzw. sofern bekannt, die Daten des neuen Arbeitgebers): <input type="checkbox"/> Rückkauf (nicht möglich bei unverfallbaren Ansprüchen des Mitarbeiters)	
Angabe zu überzahlten Beiträgen:		Sofern Beiträge überzahlt wurden, sollen diese: <input type="checkbox"/> in dem Vertrag verbleiben <input type="checkbox"/> an uns erstattet werden (nicht möglich, wenn die Beiträge im Wege der Entgeltumwandlung vom Arbeitnehmer finanziert worden sind)	
Bankverbindung:		Unsere Bankverbindung für Rückkauf und Beitragserstattungen: IBAN: _____ BIC: _____ Kontoinhaber: _____	

2. Adressänderung und / oder Namensänderung der versicherten Person (N00)

Neue Anschrift:			
Aktueller Name		Geburtsname:	

3. Wegfall der Entgeltfortzahlung

Das Arbeitsverhältnis mit der versicherten Person ruht ab dem: _____ wegen	
<input type="checkbox"/> Elternzeit (M03) <input type="checkbox"/> Krankheit (M05)	
Beiträge werden vom Arbeitgeber gezahlt bis einschließlich: _____	
Die versicherte Person wird die Beiträge privat entrichten und übersendet das beiliegende SEPA-Lastschriftmandat zurück.	
Die versicherte Person wird künftig folgenden Beitrag _____ EUR privat entrichten und übersendet das beiliegende SEPA-Lastschriftmandat.*	
Der Vertrag soll für die Zeit von _____ bis _____ in beitragsfreier Form fortgeführt werden. (Nicht bei SBV)	
Bitte informieren Sie uns über alternative Möglichkeiten	
Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise:	
<ul style="list-style-type: none">- Auch bei einem ruhenden Dienstverhältnis bleibt der Arbeitgeber weiterhin unser Vertragspartner bzw. Versicherungsnehmer- Bei Nichtzahlung der Beiträge wird das Mahnverfahren gegen den Arbeitgeber als Versicherungsnehmer und Beitragsschuldner eingeleitet. Eine Information der versicherten Person erfolgt im Rahmen des § 166 Abs. 4 VVG.- Privat geleistete Beiträge werden aus versteuertem Einkommen finanziert. Sollte dies nicht der Fall sein, bitten wir Sie uns entsprechend zu informieren.	

* Beachtung der tariflichen Mindestbeiträge

Änderungsantrag Direktversicherung

Bitte per Post an: AXA Lebensversicherung AG, 51172 Köln oder per Fax: 0221/148-22750

4. Wiederaufnahme der Beitragszahlung durch den Arbeitgeber nach Elternzeit - (nicht bei SBV)

Der Arbeitgeber übernimmt die Beitragszahlung ab dem _____ in Höhe von 1/___ jährlich _____ EUR.
Die steuerliche Behandlung der Beiträge erfolgt dabei wie vor dem Wegfall der Entgeltfortzahlung.

5. Vertragsänderung

Erhöhung (V10) Erhöhung (V10) im Rahmen der Aktion zum Arbeitgeberzuschuss

des Beitrages des Beitrages durch Arbeitgeberzuschuss der Leistung zum _____ auf _____ EUR

Hinweis: Eine Erhöhung ist ggf. von einer Gesundheitsprüfung abhängig und muss ggf. in einem Neuvertrag innerhalb der aktuellen Tarifgeneration dokumentiert werden. Der Beitrag ist auf den steuerlich geförderten Höchstbeitrag gemäß EStG begrenzt. Sie erhalten von uns ein Angebot. Im Rahmen der Aktion zum Arbeitgeberzuschuss gelten besondere Regelungen.

Reduzierung (V07)

des Beitrages der Leistung zum _____ auf _____ EUR

Hinweis: Es sind die tariflichen Mindestleistungen bzw. Mindestbeiträge einzuhalten.

Beitragsfreistellung (B01) zum _____

Hinweis: Sofern keine Werte vorhanden sind, erlischt die Versicherung.

6. Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung (V01) - (nicht bei SBV)

Die Beitragszahlung wird ab dem _____ in Höhe von 1/___ jährlich _____ EUR wieder aufgenommen (spät. nach 3 Jahren).
Die steuerliche Behandlung der Beiträge erfolgt dabei wie vor der Beitragsfreistellung. Zunächst erstellt AXA hierfür ein Angebot.

7. Zuzahlung

Direktversicherung mit Förderung nach § 3 Nr.63 EStG ab TG 2013 (S02)

Direktversicherung mit Riesterförderung/Förderung nach § 100 EStG ab TG 2018 (S02)

Wir beantragen mit Wirkung zum _____ eine Erhöhung der vereinbarten Leistungen durch eine einmalige Zuzahlung in Höhe von _____ EUR (mindestens 150 EUR). Aufgrund der Zuzahlung darf der steuerlich zulässige Höchstbeitrag gemäß des jeweilig o.g. Förderrahmens in dem betreffenden Kalenderjahr nicht überschritten werden. Die Zuzahlung ist rechtzeitig vor dem gewünschten Termin auf das Beitragskonto zu überweisen.

Hinweise:

Maximal können zwei Zuzahlungen pro Jahr vorgenommen werden. Bitte beachten Sie, dass Zuzahlungen ein bestehendes Dienstverhältnis voraussetzen. Sie sind daher bei einer privat fortgeführten Direktversicherung nicht möglich. Die Zuzahlung wird fester Vertragsbestandteil und kann dem Vertrag nicht wieder entnommen werden. Zuzahlungen bewirken keine Erhöhung möglicherweise eingeschlossener Zusatzversicherungen und sind nicht bei Risikolebens- und selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen möglich. Es gelten die im Zeitpunkt der Zuzahlung aktuellen Rechtsgrundlagen der jeweils gültigen Tarifgeneration. Die Zuzahlung kann daher ggf. in einem separaten Versicherungsvertrag geführt werden.

Sonstige Hinweise Wir weisen darauf hin, dass eine Beitragsminderung bzw. eine Beitragsfreistellung zu einer Reduzierung des Versicherungsschutzes bzw. auch zum Erlöschen von Versicherungsschutz führt. Eine spätere Erhöhung vertraglicher Leistungen ist ggf. nicht mehr möglich und könnte auch steuerschädlich sein. Wurde ein Todesfallschutz oder ein Berufsunfähigkeitsschutz vereinbart, so ist grundsätzlich eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich. Ein Rechtsanspruch auf die Wiederherstellung des ursprünglichen Vertragszustands besteht nicht.

Bei beitragsfrei gestellten Versicherungen (kapitalbildende Tarife) mit Berufsunfähigkeitsschutz kann eine Wiederinkraftsetzung zu Verträgen ab Tarifgeneration 2003 innerhalb von 6 Monaten ohne erneute Gesundheitsprüfung erfolgen. Liegt der Beitragsfreistellung eine Elternzeit zugrunde, verlängert sich die Frist auf bis zu 3 Monate nach dem Ende der Elternzeit.

Bei einer Vertragsänderung/Vertragsauflösung ist in jedem Fall der Versorgungsberechtigte in Kenntnis zu setzen, da hierdurch in das bestehende Versorgungsversprechen eingegriffen wird.

Unterschrift
Ort / Datum

Unterschrift / Firmenstempel Versicherungsnehmer



Versicherungsnummer(n): _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) die AXA Konzern Aktiengesellschaft, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die AXA Konzern Aktiengesellschaft auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschriften einzulösen.

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.

Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist für die zur Ankündigung des Lastschritfeinzugs von vierzehn Kalendertagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlungen verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügen eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschritfeinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

Zahlungsempfänger

Gläubiger: AXA Konzern Aktiengesellschaft, Colonia Allee 10-20, 51067 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000066097

Mandatsreferenz: wird gesondert mitgeteilt

Zahlungspflichtiger

Titel: _____

Anrede: _____

Vorname Kontoinhaber: _____

Nachname Kontoinhaber: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC: _____

IBAN: _____

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Die AXA Konzern AG wird von mit (uns) ermächtigt, dieses SEPA-Lastschriftmandat ggf. um die notwendigen Angaben zu IBAN und / oder BIC zu ergänzen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift(en) _____