

Kollektivvertrag: _____ (bitte im Kollektivgeschäft angeben)

Arbeitgeber (Versicherungsnehmer): _____

Angaben zum Arbeitnehmer (zu versichernde Person):

Name: _____

Derzeit ausgeübte Tätigkeit: _____

Belehrung über die vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind verpflichtet, die von uns nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Kommen Sie dieser Anzeigepflicht nicht nach, kann dies schwerwiegende Folgen haben:

1. Rücktrittsrecht wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht:

Das kann für Sie den vollständigen und rückwirkenden Verlust des Versicherungsschutzes und die Verpflichtung zur Rückzahlung bereits erhaltener Leistungen bedeuten.

2. Kündigungsrecht:

Bei einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht können wir auch zur Kündigung berechtigt sein. Diese Kündigung erfolgt mit einer Frist von einem Monat.

3. Vertragsanpassung:

Eine solche kann darin bestehen, dass wir einen Mehrbetrag erheben, einen Leistungsausschluss oder eine Leistungskürzung für einen nicht oder falsch mitgeteilten erheblichen Umstand geltend machen.

Fragen und Erklärung des Arbeitnehmers:

- Versehen Sie Ihren Dienst zurzeit eingeschränkt oder waren Sie in den letzten 24 Monaten länger als 2 Wochen (10 Arbeitstage*) ununterbrochen arbeitsunfähig? (*ausgenommen hiervon sind grippale Infekte)

Ja¹⁾ Nein

- Liegt bei Ihnen eine Einschränkung der Erwerbs- oder Berufsfähigkeit oder eine andere unfall- oder krankheitsbedingte Behinderung vor, die von einem Versorgungs- oder Versicherungsträger festgestellt wurde, oder wurde ein Antrag bei einem Versorgungs- oder Versicherungsträger wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit gestellt?

Ja¹⁾ Nein

Sofern Sie eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente (BU/EU) im Rahmen einer Entgeltumwandlung (AG-Beteiligung < 50%) beantragen und deren Gesamtrente inkl. Überschussbeteiligung – einschließlich bereits bestehender oder beantragter Versicherungen für den Fall der Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit²⁾ - 1.000,- EUR monatlich überschreitet, beantworten Sie bitte nachfolgende Frage:

Übersteigt die jährliche zu versichernde BU-/EU-Rente (Gesamtrente inkl. Überschussbeteiligung) – einschließlich bereits bestehender oder beantragter Versicherungen für den Fall der Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit²⁾ - 60% Ihres zum Zeitpunkt der Antragstellung aktuellen jährlichen Brutto-Arbeitseinkommens³⁾?

Ja⁴⁾ Nein

1) Wird eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet, so ist eine normale Gesundheitsprüfung mit Beantwortung der Gesundheitsfragen durch die zu versichernde Person notwendig. Ferner fügen Sie bitte bei einer Absicherung der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit mit einer Jahresrente von mehr als 30.000 EUR (inkl. Vorversicherungen) zusätzlich den Finanziellen Fragebogen D03 und die Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre bei.

2) Aus privater Vorsorge, Beamtenversorgung, berufsständischer Versorgung, betrieblicher Altersversorgung und Zusatzversorgung im Öffentlichen Dienst

3) Als Arbeitseinkommen gelten regelmäßige Einkünfte aus Arbeitstätigkeit inklusive Weihnachts- und Urlaubsgeld, Tantiemen, Bonus-, Sonderzahlungen. Bei Selbständigen/Freiberuflern gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb bzw. aus selbständiger Tätigkeit als Einkommen.

4) Es wird eine weitere individuelle Prüfung notwendig. Ferner fügen Sie bitte zusätzlich den Finanziellen Fragebogen D03 und die Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre bei.

Frage zum Raucherstatus

- Haben Sie im letzten Jahr geraucht?EÄ

Ja Nein

Ä EÄ&&ctæ~ &@^!hæ•cÄ, ^!hæ)hÄ^)!^c:c)ÄFGÄT []æc^ÄV^!ÄPÄ\ [cÄ]Ä\ []•~ { ?^!olæcÄ~ } ähæ~ &@hÄ^æä•æ&@cÄ~ cÄhÄ^æhæ)hZ~\~ }-cÄ} ä&@cÄ:~ "Äc~"ÄÄW)c^Ä!ÄPÄ\ [cÄ] \ []•~ { Ä-Ä|cÄ:ÄÖÄ!ææ•ÄÜæ~ &@^Ä)Ä }c^Ä!Ä^Ä^Ä!Ä!ææ•hÜæ~ &@^Ä)Ä }c^Ä!ÄXÄ!, ^)ä~ }*Ähæ)Ä•ÄÄÄ\cÄ!i&@^Ä)ÄPÄ!• { äccÄ!•Ä!äÄÄXÄ!, ^)ä~ }*Äc []ÄSæ~ ÄÜ&@}~]-ææäæ\Ä!PÄ\ [cÄ]]-ææc^Ä!ÄEÄæ~*~ { Ä! [ÄÄ!ÄYæ••Ä!]-ÄÄÄÄÄ

Ort, Datum

Unterschrift zu versichernde Person (Arbeitnehmer)

INFO für Vertriebspartner/Vermittler:

Dieses Formular bitte ausgefüllt und unterschrieben und im Kollektivgeschäft zusammen mit der Datenmeldung des Arbeitgebers, im Einzelgeschäft zusammen mit dem Antrag, an die o.g. Gesellschaft senden.

Anschrift: AXA Lebensversicherung AG 51172 Köln