



Bitte senden an:
AXA Lebensversicherung AG, 51172 Köln
Mail: Leben-Kollektiv-Antrag@axa.de

AXA Lebensversicherung AG

Erweiterte Mitarbeitendenerklärung der zu versichernden Person (Kollektivgeschäft)

Kollektivvertrag (bitte im Kollektivgeschäft angeben)

Versicherungsnummer (sofern vorhanden)

Arbeitgeber (Versicherungsnehmer/Trägerunternehmen)

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

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 Erwerbsunfähigkeit¹ – bis 2.500,- EUR monatlich beträgt, beantworten Sie bitte nachfolgende Fragen:

1. Sind Sie derzeit arbeitsunfähig oder befinden Sie sich in einer betrieblichen Wiedereingliederungsmaßnahme? Ja² Nein

2. Haben Sie derzeit oder hatten Sie in den letzten 24 Monaten mindestens eine Krankheit oder Verletzung, wegen der Sie insgesamt länger als 6 Wochen ärztlich oder therapeutisch (Heilpraktiker, Psychologen, Physio- oder Psychotherapeuten) in Behandlung waren oder voraussichtlich sein werden? Ja² Nein

Unter Behandlung verstehen wir auch die Einnahme von verschreibungspflichtigen Medikamenten außer Verhütungsmitteln sowie die Nachsorgen bei Tumorerkrankungen.

Nicht angegeben werden müssen Behandlungen (auch medikamentös) wegen

- Heuschnupfen ohne Asthma
- Erkältungskrankheiten, die folgenlos ausgeheilt sind (z. B. grippaler Infekt, Schnupfen, akute Bronchitis, Mandelentzündung, Nasennebenhöhlenentzündung)
- Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, die folgenlos ausgeheilt sind
- Laktoseintoleranz
- Operationen ohne Komplikationen und Folgen an Blinddarm, Mandeln oder Nasenscheidewand
- Nagelpilz, Fußpilz
- Schwangerschaften, Maßnahmen in der Reproduktionsmedizin
- Sportverletzungen, die folgenlos ausgeheilt sind
- Unter-/Überfunktion der Schilddrüse
- zahnärztliche Behandlungen

sowie Vorsorgeuntersuchungen, die keinen krankhaften Befund ergeben haben.

3. Wurde bei Ihnen jemals eine Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit, ein Grad der Behinderung (GdB), ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS), eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder ein Pflegegrad anerkannt oder haben Sie in den letzten 24 Monaten einen Antrag gestellt? Ja² Nein

4. Übersteigt die jährliche zu versichernde BU-/EU-Rente (Gesamtrente inkl. Überschussbeteiligung) – einschließlich bereits bestehender oder beantragter Versicherungen für den Fall der Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit¹ – 70 % Ihres zum Zeitpunkt der Antragstellung aktuellen jährlichen Brutto-Arbeits Einkommens³? Ja² Nein

Wichtige Information zum Rauchverhalten des Arbeitnehmers:

Haben Sie im letzten Jahr geraucht? Ja Nein

Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung kein Nikotin konsumiert hat und auch beabsichtigt, dies in Zukunft nicht zu tun.

Unter Konsumieren von Nikotin fällt beispielsweise:

- das Rauchen unter Feuer, z.B. den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen,
- das Rauchen unter Verwendung eines elektrischen Hilfsmittels, z.B. E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shisha oder Tabakerhitzer (Heat-not-burn),
- die Verwendung von Wasserpfeifen,
- das Kauen oder Schnupfen von Tabak einschließlich der Nutzung von Oraltabak (z.B. Snus) oder
- die Verwendung von Nikotinplastern oder Nikotinkaugummi.

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift zu versichernde Person (Arbeitnehmer)

¹ Aus privater Vorsorge, Beamtenversorgung, berufsständischer Versorgung, betrieblicher Altersversorgung und Zusatzversorgung im Öffentlichen Dienst

² 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 36.000 EUR (inkl. Vorversicherungen) zusätzlich der Finanziellen Fragebogen D03 und die Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre bei.

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.



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