



**AXA Lebensversicherung AG**  
**Erfassung zur Erstellung eines Kollektivvertragsangebotes**  
**für U-Kasse oder Direktzusage**

Voraussetzung mindestens 5 versicherte Personen ab Beginn des Kollektivvertrages; Auffüllung auf 10 Personen innerhalb eines Jahres.

Bitte in Blockschrift ausfüllen

**Allgemeine Angaben**

<b>Vertragspartner</b>	Name (inklusive Rechtsform)	Inhaber bei Einzelunternehmen
	Straße/Haus-Nr.	PLZ, Ort
	Branche	E-Mail
	Internetadresse (Homepage)	Tochterunternehmen (bei Beitritt in den Kollektivvertrag; ggf. separate Anlage)

**Personenkreis** Umschreibung des Personenkreises (z. B. alle Arbeitnehmer nach Ablauf der Probezeit, Gruppenleiter ...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vertragsbeginn** \_\_\_\_\_

**Angebote bAV-VUS** Angebotsnummer(n): \_\_\_\_\_ (sofern Angebot erstellt wurde)

**Angaben für Unterstützungskasse**

Aufnahme von Mitarbeitern unter 23 Jahren in die Versorgung  ja  nein  
Mitarbeiter muss Probezeit beendet haben, um aufgenommen zu werden \*  ja  nein

Wartezeit zur Aufnahme in die Versorgung \*  
(\* nur bei rein arbeitgeberfinanzierten Versorgungen)  ja, \_\_\_\_\_ Monate  nein

Aufnahme aller Mitarbeiter, die zu einem bestimmten Termin in das Trägerunternehmen eingetreten sind  ja, per \_\_\_\_\_  nein

Neuaufnahmen:  
 keine  monatlich  vierteljährlich per \_\_\_\_\_  halbjährlich per \_\_\_\_\_  jährlich per \_\_\_\_\_

**Zusageart**  Beitragsorientierte Leistungszusage (Einzelzusage/Gesamtzusage/Betriebsvereinbarung bitte beifügen!)  
 Leistungszusage (nur bei Rückdeckung einer Direktzusage)

Leistung in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR  
 Leistung gemäß Versorgungszusage

**Angaben für bei Ablösung einer Versorgungszusage durch die Unterstützungskasse:**

Future Service  Überleitung aufgrund eines Betriebsüberganges nach § 613a BGB  
 Past Service Name des bisherigen Arbeitgebers \_\_\_\_\_  
 Past und Future Service Soll es neue Zugänge geben?  ja  nein

**Finanzierungsart**  Entgeltumwandlung  Arbeitgeberfinanziert  
 Mischfinanzierung (uneingeschränkt unwiderrufliches Bezugsrecht ab Beginn \*)  uneingeschränkt unwiderrufliches Bezugsrecht ab Beginn \*  
 unwiderrufliches Bezugsrecht mit Vorbehalt \*

\* uneingeschränkt unwiderrufliches Bezugsrecht ab Beginn = sofortige unverfallbare gesetzliche oder vertragliche Ansprüche  
unwiderrufliches Bezugsrecht mit Vorbehalt = unverfallbare Ansprüche sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind

Beitragsaufteilung Mischfinanzierung:

Arbeitgeberanteil \_\_\_\_\_ EUR  Stufenplan (Versorgungsordnung bitte beifügen)  
 Arbeitgeberzuschuss in Höhe von \_\_\_\_\_ % der Entgeltumwandlung

**Arbeitgeberfinanzierung** Objektive Umschreibung der Leistung (z. B. 50 EUR für nicht leitende Mitarbeiter; 100 EUR für Gruppenleiter; ...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anzahl der hiernach zu versichernden Personen: \_\_\_\_\_ Anzahl der angemeldeten Personen: \_\_\_\_\_  
Nach Tarifvertrag \_\_\_\_\_

**Versorgungswerk**  innerhalb des u. di Versorgungswerk (z. B. ESPVW): \_\_\_\_\_

**Dynamik**  Firmendynamik (Bemessungsgrundlage z. B. Gehalt) Einzelzusage/Gesamtzusage/Betriebsvereinbarung bitte beifügen.  
Datenmeldung:  Firma meldet Anpassungen  
Anpassungsstichtag  Jährlich zum \_\_\_\_\_ (z. B. 01.01.)  monatlich

**Zahlungsweise** Die erste Zahlung muss im Beginnmonat der Versicherung, spätestens nach Zusendung der Versicherungsunterlagen erfolgen.  
 monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich  
 Einmalbeitrag (nur bei Rückdeckung einer Direktzusage)



Angaben zum Arbeitgeber für unsere Tarifikalkulation (sofern nicht innerhalb der Angebotsphase abgestimmt)

Angaben zur Belegschaft

Angaben zur Mitarbeiteranzahl. Wird für die individuelle Tarifikalkulation für Firmen mit mehr als 50 Mitarbeitern benötigt.  
 Anzahl Mitarbeiter gesamt: \_\_\_\_\_ davon männlich: \_\_\_\_\_ davon weiblich: \_\_\_\_\_

Für die Kalkulation von **einheitlichen Berufsgruppen** für die Berufsunfähigkeitsabsicherung (ab 10 zu versichernden Personen) reichen Sie uns bitte die dafür vorgesehene Checkliste beantwortet ein.

Angaben zur Mitarbeiteranzahl und zur Beschäftigungsart. Wird für die individuelle Tarifikalkulation **einer arbeitgeberfinanzierten Risikolebens-(-zusatz)versicherung** benötigt.

Anzahl Mitarbeiter gesamt: \_\_\_\_\_ davon männlich: \_\_\_\_\_ davon weiblich: \_\_\_\_\_  
 kaufmännisch in %: \_\_\_\_\_ handwerklich/gewerblich in %: \_\_\_\_\_

Angaben zum gewünschten Versicherungstarif

Versicherungstarif Hauptversicherung (HV)

- Relax bAVRente  
 Classic  
 Comfort (nur Direktzusage)  Comfort Plus (nur Direktzusage)  
 Chance (nur Direktzusage)  
 Klassik-bAVRente  
 Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (nur Direktzusage)  
 Selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung (nur Direktzusage)  
 Selbständige Risikolebensversicherung (nur arbeitgeberfinanzierte Direktzusage)
- Indexauswahl:  Global Multi Asset Index  
 Europa Aktienindex mit ISC

Angaben zu Relax bAVRente und Klassik-bAVRente

Versicherungsschutz

- Todesfalltyp 1 (Beitragsrückgewähr in der Aufschubzeit)  
 Rentengarantiezeit \_\_\_\_\_ Jahre (0 oder 5 bis 20 Jahre; bei Rentenbeginnphase ggf. max. 15 Jahre)  
 Todesfalltyp 2 (Beitragsrückgewähr in der Aufschubzeit und Rentenphase)  
 Todesfalltyp 3 (keine Beitragsrückgewähr); **nur bei Klassik-bAVRente**  
 garantierte Rentendynamik von 1 % p. a. (nur obligatorisch; gilt dann auch für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung)

Rentenbeginn

- vereinbarter Rentenzahlungsbeginn im Alter \_\_\_\_\_ (vollendetes 62. bis 67. Lebensjahr; einheitlich nur ein Alter)  
 Ablauf am Monatsersten nach Vollendung  
 gerechnet nach vollen Versicherungsjahren (Standard inkl. 7-jähriger Rentenbeginnphase)  
 abweichend ohne Rentenbeginnphase  
 vereinbarter Rentenzahlungsbeginn gemäß Regelaltersgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (65 bis 67 Jahre)

Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung (BUZ)/(EUZ)

- Berufsunfähigkeit**  **Erwerbsunfähigkeit**  
 Beitragsbefreiung  
 optional pro Versicherung (nicht bei AG-finanziert)  mit Wartezeit obligatorisch für alle Versicherungen (ohne Risikoprüfung)  
 obligatorisch für alle Versicherungen  ohne Wartezeit (automatisch bei Einschlussmöglichkeit einer BU-/EU-Rente)  
 Rente  
 optional pro Versicherung (nicht bei AG-finanziert)  in \_\_\_\_\_ % der monatlichen garantierten Altersrente  garantiert  
 obligatorisch für alle Versicherungen  in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR  inkl. Überschüsse  
**Abweichungen ggf. auf Seite 1 (Personenkreis oder Arbeitgeberfinanzierung) eintragen.**  
 Überschussverwendung:  Bonus mit/ohne Rückgewähr analog HV (nur BUZ)  Erhöhung HV (nur BUZ)  
 Leistungsfallbonus (automatisch für Relax bAV-Rente)  Beitragsverrechnung (nur bei AG-Fin. Direktzusage)  
 garantierte BU-Rentensteigerung p. a. im Leistungsfall:  1 % Dynamik  2 % Dynamik  3 % Dynamik

Risikolebenszusatzversicherung (nur für Relax bAVRente)

- optional pro Versicherung (nicht bei AG finanziert)  obligatorisch für alle Versicherungen  
 in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR  garantiert  
 in Höhe des \_\_\_\_\_ -fachen Jahresgehaltes  inkl. Überschüsse  
**Die Hauptversicherung kann bei Einschluss der RZV nur mit vollen Versicherungsjahren abgeschlossen werden.**  
**Abweichungen ggf. auf Seite 1 (Personenkreis oder Arbeitgeberfinanzierung) eintragen.**

Hinterbliebenenzusatzversicherung (nur für Klassik-bAVRente mit Todesfalltyp 2 oder 3)

- Witwen-/Witwerrente in \_\_\_\_\_ % der garantierten Altersrente (max. 100 % inkl. einer evtl. Waisenrente)  
 kollektive Kalkulation (nur arbeitgeberfinanziert, obligatorisch und ab 30 zu versichernden Personen)  
 individuelle Kalkulation  
 obligatorisch (für alle verheirateten versicherten Personen)  
 optional  
 Waisenrente (nur in Verbindung mit Witwen-/Witwerrente)  
 Überschussverwendung:  Bonus mit/ohne Rückgewähr analog HV  Erhöhung HV

Angaben zur selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung/Erwerbsunfähigkeitsversicherung (nur für Rückdeckung von Direktzusagen)

Versicherungsschutz

- in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR  garantiert  
 inkl. Überschüsse  
**Abweichungen ggf. auf Seite 1 (Personenkreis oder Arbeitgeberfinanzierung) eintragen.**  
 Überschussverwendung:  Leistungsfallbonus (automatisch bei EU)  verzinsliche Ansammlung  Beitragsverrechnung  
 garantierte BU-Rentensteigerung p. a. im Leistungsfall:  1 % Dynamik  2 % Dynamik  3 % Dynamik

Schlussalter

- vereinbarter Ablauf zum Alter \_\_\_\_\_ (vollendetes 62. bis 67. Lebensjahr; einheitlich nur ein Alter)  
 Ablauf am Monatsersten nach Vollendung  
 gerechnet nach vollen Versicherungsjahren  
 vereinbarter Ablauf mit Erreichen der Regelaltersgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (65. bis 67. Lebensjahr je nach Geburtsjahrgang)



**Angaben zur selbständigen Risikolebensversicherung (nur für Rückdeckung von Direktzusagen)**

**Versicherungs-  
schutz**

- technisch 1-jährige Prämienkalkulation (ab 100 VP)  konstante Prämienkalkulation (ab 10 VP)
- in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR  garantiert
- in Höhe des \_\_\_\_\_ -fachen Jahresgehaltes  inkl. Überschüsse

**Abweichungen ggf. auf Seite 1 (Personenkreis oder Arbeitgeberfinanzierung) eintragen.**

Überschussverwendung:  Todesfallbonus  Beitragsverrechnung

**Schlussalter  
(Leistung)**

vereinbarter Ablauf zum Alter \_\_\_\_\_ (nach vollen Versicherungsjahren; einheitlich nur ein Alter)

**Angaben zur Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung**

**Einwilligungs-  
und  
Schweigepflicht-  
entbindungs-  
erklärung**

Für den Abschluss der einzelnen Versicherungsverträge ist die Abgabe einer Einwilligung in die Erhebung und Verwendung geschützter Daten und Schweigepflichtentbindung pro versicherter Person gesetzlich vorgeschrieben. Diese kann in einem separaten Formular oder im Rahmen der Entgeltumwandlungsvereinbarung abgegeben werden.

- Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung wird beim Arbeitgeber hinterlegt
- Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung wird mit jedem Antrag einzeln eingereicht

**Angaben zur Tarifart**

**Tarifart  
Tarifstufe**

- Einzelgeschäft (mit BP)  Kollektivgeschäft  vollständig laufende Abschlussprovision (im Kollektivgeschäft für Klassik-bAVRente und selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung möglich)
- A  C  D  E  F
- Grundmodell  Vorabmodell

Standard Grundmodell. Eine Änderung des Modells nach Abschluss des Kollektivvertrages ist zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr möglich.

**Angaben zum Vertriebspartner**

**Kontaktdaten**

Name	_____	VP-Nummer bzw. Agentur-Nr.	_____
E-Mail	_____	Telefon-Nr.	_____

**Angaben zu Versandart und Versandweg des Kollektivvertrages**

**Versandoptionen**

- |  |   |
|--|---|
| Original Kollektivvertrag für den Arbeitgeber  | Kollektivvertrag für den Vertriebspartner |
| <input type="checkbox"/> per E-Mail an den Vertriebspartner                          | <input type="checkbox"/> per E-Mail       |
| <input type="checkbox"/> per Post an den Vertriebspartner                            | <input type="checkbox"/> per Post         |
| <input type="checkbox"/> per E-Mail an den Arbeitgeber (Adresse auf Seite 1 angeben) |   |
| <input type="checkbox"/> per Post an den Arbeitgeber                                 |   |
- Per E-Mail erhalten Sie den Kollektivvertrag am schnellsten und umweltschonend. Der Versand der Anlagen zum Kollektivvertrag (z. B. Bedingungen, Formulare zur Gesundheitsprüfung, Wertentwicklungen) erfolgt grundsätzlich per E-Mail an den Vertriebspartner. Der Vertriebspartner gibt diese in elektronischer Form an den Vertragspartner weiter.

**Angaben zur Bankverbindung und Rechnungsstellung**

**Informationen zur  
Beitragszahlung**

Antragsteller ist Beitragszahler und erteilt ein neues SEPA-Lastschriftmandat für ein eigenes Firmenkonto (**bitte anhängendes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen**) bzw. bestehendes SEPA-Lastschriftmandat zu folgendem eigenen Firmenkonto soll genutzt werden:

IBAN	_____	BIC	_____
------	-------	-----	-------

- die Beiträge werden in einer Summe abgebucht (Sammelbeitragsrechnung)
- es wird keine Beitragsrechnung gewünscht
- die Beiträge werden einzeln je Mitarbeiter und Versicherungsverhältnis abgebucht (keine Rechnungserstellung möglich!)
- Antragsteller ist Selbstzahler (per Rechnung). Bitte eigenes Firmenkonto des Antragstellers angeben, von dem die Beiträge gezahlt werden sollen (wegen Geldwäschegesetz).

IBAN	_____	BIC	_____
------	-------	-----	-------

- die Beiträge werden in einer Summe überwiesen (Sammelbeitragsrechnung)
- die Beiträge werden einzeln je Mitarbeiter und Versicherungsverhältnis überwiesen
- Sammelbeitragsrechnung
- Beitragsrechnung einzeln je Mitarbeiter und Versicherungsverhältnis
- es wird keine Beitragsrechnung gewünscht

**Von der AXA Lebensversicherung AG empfohlene Variante: einzelvertragliche Überweisung mit Sammelbeitragsrechnung**

**Rechnungs-  
empfänger**

- Versicherungsnehmer/Trägerunternehmen
- mit Hinweis persönlich/vertraulich
- abweichender Rechnungsempfänger (z. B. Vertriebspartner/Makler, Steuerberater/externes Lohnbüro, Buchhaltung, etc.)  
(Es muss eine Willenserklärung/Vollmacht mit Angabe der Anschrift vorgelegt werden!)

**Firmenkundenportal und IIP**

**Portal**

- Beantragung Firmenkundenportal (internetgestützte Verwaltungsplattform in Kooperation mit der eVorsorge Systems GmbH)
- Bitte wählen Sie zusätzlich die gewünschte Service-Variante aus:
- „Basis“ – Der Kunde erhält einen Überblick über alle bestehenden Verträge und kann Vertragsangelegenheiten (z. B. Ausscheidfälle) ganz einfach melden.
- „Komfort“ – zusätzlich zum Basis-Service, digitales Dokumentenmanagement – „Postbox“
- „Premium“ – zusätzlich zum Komfort-Service, Freischaltung zum Portal für Arbeitnehmer inkl. digitales Dokumentenmanagement – „Postbox“

**Wichtiger Hinweis:**  
Voraussetzung für die Nutzung des Firmenkundenportals ist der Abschluss eines Portalnutzungsvertrages. Dieser wird zusammen mit dem Kollektivvertrag ausgehändigt. Wir möchten darauf hinweisen, dass der Kollektivvertrag nur in Verbindung mit dem Portalnutzungsvertrag seine Gültigkeit erlangt, da der Kollektivvertrag eine Vereinbarung zur Portalnutzung beinhaltet.

**IIP-Angebotsrechner**

- Angebotsrechner für Firmen ab 50 Mitarbeiter:
- Firmenindividueller IIP-Rechner (Standardversion kostenfrei)
- Bei Firmen < 50 Mitarbeiter bzw. Abweichung von der Standardausführung bitte Anfrage Geschäftsfeld bAV: Firmenangebot@axa.de

**Bitte zur Ausfertigung des Kollektivvertrages per E-Mail an [Firmenangebot@axa.de](mailto:Firmenangebot@axa.de) senden.**



### SEPA-Lastschriftmandat

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

Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 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 Ankündigung des Lastschrifteinzugs von 14 Kalendertagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügt eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschrifteinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

### Zahlungsempfänger

Gläubiger AXA Konzern AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00000066097

Mandatsreferenz wird gesondert mitgeteilt

### Zahlungspflichtiger

Titel

Anrede

Vorname Kontoinhaber

Nachname Kontoinhaber

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)  .  .

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Land

Kreditinstitut

IBAN

BIC

bzw.

Kontonummer

BLZ

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

Ort, Datum

Unterschrift(en)



**SEPA-Lastschriftmandat für die Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung  
(gilt nur für die Rückdeckungsversicherung Unterstützungskasse)**

Ich (Wir) ermächtige(n) die Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die von Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 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 Ankündigung des Lastschrift-einzugs von 14 Kalendertagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügt eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschrifteeinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

**Zahlungsempfänger**

Gläubiger Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung, 51172 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer DE41ZZZ00000070332

Mandatsreferenz wird gesondert mitgeteilt

Die AXA Konzern AG ist hinsichtlich des SEPA-Lastschriftmandats auch empfangsberechtigt für die Kölner Spezial Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung.

**Zahlungspflichtiger**

Titel

Anrede

Vorname Kontoinhaber

Nachname Kontoinhaber

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)  .  .

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Land

Kreditinstitut

IBAN

BIC

bzw.

Kontonummer

BLZ

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

Ort, Datum

Unterschrift(en) \_\_\_\_\_



Antwort

AXA Konzern AG  
SEPA-Lastschriftmandat  
Postfach 92 01 13  
51151 Köln

