

# Vereinbarung

## ÜBER DIE UMWANDLUNG VON ARBEITSENTGELT IN BEITRÄGE ZU EINER DIREKTVERSICHERUNG BEI DER AXA LEBENSVERSICHERUNG AG

Zwischen Arbeitgeber (Versicherungsnehmer)

NAME/FIRMA	VORNAME
STRASSE, HAUS-NR.	PLZ, ORT

und Arbeitnehmer (versicherte Person)

☐ männlich ☐ weiblich

NAME	VORNAME	GEBURTSTAG
STRASSE, HAUS-NR.	PLZ, ORT	
DERZEITIGE TÄTIGKEIT		

wird mit Wirkung vom  nachfolgendes vereinbart:

- ☒ Der Mitarbeiter erklärt sich damit einverstanden, dass sein Gehalts/Lohnanspruch in Höhe des laufenden Betrages von monatlich  Euro herabgesetzt wird.
- ☒ Der Arbeitgeber erteilt auf Grundlage dieser Vereinbarung eine Versorgungszusage und schließt unter Anwendung des §3 Nr.63 EStG eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung im Rahmen einer beitragsorientierten Leistungszusage nach §1 Abs.2 Nr.1 des Betriebsrentengesetzes (BetrAVG) nach Tarif ASBV bei der AXA Lebensversicherung AG ab.

Zur Information: Die Umwandlung von Arbeitsentgelt erfolgt so rechtzeitig, dass der umgewandelte Betrag als Versicherungsbeitrag pünktlich zum Fälligkeitstermin der AXA Lebensversicherung AG zur Verfügung steht.

- ☐ In dem laufenden Betrag sind auch vermögenswirksame Leistungen von monatlich  Euro enthalten. In Höhe dieses Betrages kann keine anderweitige vermögenswirksame Leistung gewährt werden.

– bitte wenden –

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag per Fax an 040 / 36 12 04 71 oder per Email an [antrag@droege-consult.de](mailto:antrag@droege-consult.de)

# Vereinbarung

## ÜBER DIE UMWANDLUNG VON ARBEITSENTGELT IN BEITRÄGE ZU EINER DIREKTVERSICHERUNG BEI DER AXA LEBENSVERSICHERUNG AG

Zwischen Arbeitgeber (Versicherungsnehmer)

NAME/FIRMA	VORNAME
------------	---------

STRASSE, HAUS-NR.	PLZ, ORT
-------------------	----------

und Arbeitnehmer (versicherte Person)

☐ männlich ☐ weiblich

NAME	VORNAME	GEBURTSTAG
------	---------	------------

STRASSE, HAUS-NR.	PLZ, ORT
-------------------	----------

DERZEITIGE TÄTIGKEIT
----------------------

wird mit Wirkung vom 

DATUM
-------

 nachfolgendes vereinbart:

☒ Der Mitarbeiter erklärt sich damit einverstanden, dass sein Gehalts/Lohnanspruch in Höhe des laufenden Betrages von monatlich 

--

 Euro herabgesetzt wird.

☒ Der Arbeitgeber erteilt auf Grundlage dieser Vereinbarung eine Versorgungszusage und schließt unter Anwendung des §3 Nr.63 EStG eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung im Rahmen einer beitragsorientierten Leistungszusage nach §1 Abs.2 Nr.1 des Betriebsrentengesetzes (BetrAVG) nach Tarif ASBV bei der AXA Lebensversicherung AG ab.

Zur Information: Die Umwandlung von Arbeitsentgelt erfolgt so rechtzeitig, dass der umgewandelte Betrag als Versicherungsbeitrag pünktlich zum Fälligkeitstermin der AXA Lebensversicherung AG zur Verfügung steht.

– bitte wenden –

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag per Fax an 040 / 36 12 04 71 oder per Email an [antrag@droege-consult.de](mailto:antrag@droege-consult.de)

# Berufsunfähigkeitsversicherung

## WICHTIGE INFORMATIONEN ZUR DIREKTVERSICHERUNG BEI DER AXA LEBENSVERSICHERUNG AG

Kollektiv(rahmen)vertrag Nr.

Arbeitgeberangaben (Versicherungsnehmer) und Arbeitnehmerangaben (versicherte Person) wie oben.

### BELEHRUNG

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 entweder einen Mehrbetrag erheben oder aber einen Leistungsausschluss für einen nicht mitgeteilten erheblichen Umstand geltend machen.

### ERKLÄRUNG DES ARBEITNEHMERS

Versehen Sie Ihren Dienst zur Zeit eingeschränkt oder waren Sie in den letzten 12 Monaten länger als 2 Wochen (10 Arbeitstage\*) ununterbrochen arbeitsunfähig? (\*ausgenommen hiervon sind grippale Infekte) ☐ ja ☐ 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? ☐ ja ☐ nein

Zur Information: Wird eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet, so ist eine normale Gesundheitsprüfung mit Beantwortung der Gesundheitsfragen durch die zu versichernde Person erforderlich.

Ich wünsche eine Berufsunfähigkeitsrente von monatlich ☐ 500 Euro ☐ 1000 Euro  
☐ keine Berufsunfähigkeitsversicherung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift zu versichernde Person (Arbeitnehmer)

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag per Fax an 040 / 36 12 04 71 oder per Email an [antrag@droege-consult.de](mailto:antrag@droege-consult.de)**