

Gesellschaft: (bitte ankreuzen)

**Mitarbeitererklärung der zu versichernden Person (Kollektivgeschäft)**

☐ AXA Lebensversicherung AG

☐ DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung ZN der AXA Lebensversicherung AG

☐ Pro bAV Pensionskasse AG

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 12 Monaten länger als 2 Wochen (10 Arbeitstage\*) ununterbrochen arbeitsunfähig? (\*ausgenommen hiervon sind grippale Infekte)  
☐ Ja<sup>1)</sup> ☐ 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<sup>1)</sup> ☐ Nein

**Sofern Sie eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente (BU/EU) im Rahmen einer Entgeltumwandlung beantragen und deren Gesamtrente inkl. Überschussbeteiligung – einschließlich bereits bestehender oder beantragter Versicherungen für den Fall der Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit<sup>2)</sup> - 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 Erwerbsunfähigkeit<sup>2)</sup> - 60% Ihres zum Zeitpunkt der Antragstellung aktuellen jährlichen Brutto-Arbeitseinkommens<sup>3)</sup>?  
☐ Ja<sup>1)</sup> ☐ Nein

1) Es wird ggf. eine weitere individuelle Prüfung notwendig.

2) Aus privater Vorsorge, Beamtenversorgung, berufsständischer Versorgung, betrieblicher Alters-versorgung und Zusatzversorgung im Öffentlichen Dienst (nicht jedoch Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung)

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.

\_\_\_\_\_  
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: DBV ZN: 65170 Wiesbaden / AXA und Pro bAV: 51172 Köln / DÄV: 51171 Köln