

Gesellschaft: (bitte ankreuzen)

AXA Lebensversicherung AG

DÄV Deutsche Ärzte Versicherung AG

DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung
Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG

Pro bAV Pensionskasse AG

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

Kollektivvertrag Nr.: _____ (bitte im Kollektivgeschäft angeben)

Arbeitgeber (Versicherungsnehmer):

Angaben zum Arbeitnehmer (zu versichernde Person)

Name: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Derzeit ausgeübte Tätigkeit: _____

Belehrung

Sie sind verpflichtet, die von uns nachfolgend gestellte Frage 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 Leistungsausschuss für einen nicht mitgeteilten erheblichen Umstand geltend machen.

Erklärung des Arbeitnehmers:

- Versehen Sie Ihren Dienst zurzeit eingeschränkt oder waren 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**

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

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