

Presse-Versorgung

Ihre Vertragspartner: Ein Konsortium aus Allianz Lebensversicherungs-AG (Federführer), AXA Lebensversicherung AG, HDI Lebensversicherung AG, R+V Lebensversicherung AG bzw.

Ihr Vertragspartner:
Allianz Lebensversicherungs-AG



Erklärung des Arbeitgebers zum Vertrag *

(Arbeitgeber-Dienstobliegenheitserklärung)

für Personen mit einer Betriebszugehörigkeit von mind. 6 Monaten (Arbeitgeber-Finanzierung) bzw. 12 Monaten (Arbeitnehmer- bzw. Misch-Finanzierung)

(Für kürzer Beschäftigte ist eine Eigen-Dienstobliegenheitserklärung (z. B. GV---0116Z0) zu verwenden.

Der (federführende) Vertragspartner ist berechtigt, eine Gesundheitsklärung anzufordern, wenn ein früherer Antrag auf Abschluss einer Versicherung beim (federführenden) Vertragspartner aus Gesundheitsgründen abgelehnt, zurückgestellt, nicht zu normalen Bedingungen angenommen oder schon einmal ein Antrag auf Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätsleistungen gestellt wurde.)

Fragen und Angaben zu gefahrerheblichen Umständen

Wichtige Hinweise

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Antworten und Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen. Sie sind verpflichtet, die Fragen zu den gefahrerheblichen Umständen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

Die Beantwortung und Angaben können Sie gegenüber dem Versicherungsvermittler machen, der sie uns dann übermitteln wird. Antworten und Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zur Anfechtung, zum Rücktritt, zur Kündigung oder zu einer Anpassung Ihres Versicherungsvertrags berechtigen. Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in der Ihnen mit Abschluss des Gruppenvertrags ausgehändigten „Wichtigen Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen für jeden Beschäftigten einzeln:

- Ist die nachfolgend aufgeführte Person **derzeit arbeitsfähig** und war sie in den letzten 2 Jahren **** nicht länger als 4 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig**?
- Haben für die nachfolgend aufgeführte Person aktuell und in den letzten 2 Jahren **** keine Wiedereingliederungsmaßnahmen** stattgefunden?
- Liegen Ihnen für die nachfolgend aufgeführte Person **keine Kenntnisse** vor über **bestehende Behinderungen** (darunter zu verstehen sind Schwerbehinderte bzw. gleichgestellte behinderte Menschen gem. § 2 SGB IX)?

** bzw. seit Dienst Eintritt, wenn der Dienst Eintritt innerhalb der letzten 2 Jahre erfolgte

Im Vertrag (*) zu versichernde Personen/aufzunehmende Versorgungsberechtigte

(*) Bitte hier die Vertrags-Nummer eintragen bzw. falls Sie mehrere Vertrags-Nummern haben, bitte alle eintragen.

- gemäß beigefügtem Datenträger
- gemäß folgender Liste

Zuname, Vorname	Geburtsdatum	ausgeübte Tätigkeit	Können alle o.a. Fragen mit „ja“ beantwortet werden?
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Für Personen, für die „nein“ in der Tabelle angekreuzt ist, ist eine Gesundheitserklärung (z. B. Formular (z. B. E---P0109Z0 bei Altersvorsorge mit BU) erforderlich.

(Ort und Datum)

(Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers)

PESVA01797