

**Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung als Direktversicherung (Kollektivgeschäft)**

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
Kollektivvertragsnummer: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_  
Versicherte Person: \_\_\_\_\_  
Wegfall der Lohnfortzahlung zum: \_\_\_\_\_

**Antrag auf Aussetzung der Beitragszahlung wegen Wegfalls der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall**

Hiermit beantragen wir die Aussetzung der Beitragszahlung für den Zeitraum\*

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ aufgrund von Krankheit.

(\*in der Regel beginnend mit dem Monatsersten nach Wegfall der Lohnfortzahlung)

Abweichend von den der oben genannten Versicherung zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen kann die Beitragszahlung für einen Zeitraum von höchstens vier Monaten ausgesetzt werden. Ab dem Wirksamwerden der Aussetzung entfällt die Beitragszahlungspflicht für den Versicherungsvertrag. Während dieser Zeit besteht uneingeschränkt Versicherungsschutz im Rahmen der vereinbarten Bedingungen. Je Erkrankung (i. V. mit Wegfall der Lohnfortzahlung) besteht einmalig der Anspruch auf eine Beitragsaussetzung. Bei einer erneuten Beantragung bestätigt der Arbeitgeber, dass es sich um eine neue Erkrankung handelt.

Nach Ablauf des vereinbarten Zeitraums, endet der Versicherungsvertrag. Der Versicherungsvertrag wird fortgeführt, wenn die Beitragszahlung unmittelbar nach dem Ablauf der Beitragsaussetzung vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person wieder aufgenommen wird. Hierfür bestehen folgende Möglichkeiten:

- Private und steuerlich ungeforderte Fortführung durch die versicherte Person (Arbeitnehmer)
- Fortführung als steuerlich geförderte Direktversicherung durch den Versicherungsnehmer (Arbeitgeber)

**Hinweis:**

Der Versicherungsvertrag endet zum Ablauf der Beitragsaussetzung. Ab diesem Zeitpunkt entfällt der Versicherungsschutz. Der Vertrag wird jedoch fortgeführt, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Beitragszahlung rechtzeitig zum Ablauf der Beitragsaussetzung wieder aufnehmen. Anderenfalls kann der Vertrag nicht mehr fortgeführt werden.

Die Aussetzung der Beitragszahlung wird erst wirksam, wenn die AXA Lebensversicherung AG hierzu ihr ausdrückliches Einverständnis erklärt hat.

Ort, Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer (Arbeitgeber)

Ort, Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_  
Versicherte Person (Arbeitnehmer)