

Um Rückfragen und dadurch entstehende Verzögerungen zu vermeiden, prüfen Sie bitte, ob alle Fragen vollständig durch Ankreuzen bzw. Ausfüllen beantwortet sind. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

## Abmeldung zum Vertrag

(Hinweise zum Thema „Abmeldungen“ entnehmen Sie bitte den Vertragsvereinbarungen)

### Angaben zur versicherten Person:

Versicherungsnummer(n): \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tagsüber zu erreichen unter Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Ausscheiden (Zeitpunkt und Grund):

Ausscheidetermin: \_\_\_\_\_ Dienst Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kündigung des Arbeitsvertrags                            | <input type="checkbox"/> Bezug von Altersruhegeld |
| <input type="checkbox"/> Bezug von Erwerbsminderungs-/<br>Berufsunfähigkeitsrente | <input type="checkbox"/> _____                    |

- Die versicherte Person befindet sich im vorzeitigen Ruhestand und nimmt die Versicherungsleistung, sofern in der Zusage vereinbart, unabhängig vom Bezug der gesetzlichen Altersrente in Anspruch.

### Angaben zur Beitragszahlung:

Der letzte Versicherungsbeitrag wurde bzw. wird am \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR durch uns bezahlt.

Auf die über den Ausscheidetermin hinaus gezahlten Beiträge erheben wir

- keine Ansprüche  Ansprüche (nicht bei Entgeltumwandlung)

### Angaben zur Weiterführung/vorzeitigen Auflösung:

- Einer Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft auf die versicherte Person zur Weiterführung als Einzelversicherung oder einem Nachfolgearbeitgeber stimmen wir zu.

Wird die Versicherung direkt oder zu einem späteren Zeitpunkt bei einem neuen Arbeitgeber weitergeführt, stimmen wir auch der Übernahme der von uns erteilten Versorgungszusage zu.

Ist das Arbeitsverhältnis beendet und werden keine Beiträge mehr eingezahlt, stimmen wir zu, dass die Versicherung abgefunden werden kann, sofern keine gesetzlichen oder tarifvertraglichen Bestimmungen dem entgegenstehen.

- Die Versicherung(en) soll(en) aufgehoben werden; ggf. vorhandene Versicherungswerte sind (nur ankreuzen, wenn noch keine unverfallbaren Anwartschaften vorliegen)

- zu überweisen auf

IBAN: \_\_\_\_\_ Inhaber: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ Bankinstitut: \_\_\_\_\_

- dem Gruppenvertrag gutzuschreiben.

### Erklärung zur versicherungsförmigen Lösung / Anspruchsbegrenzung<sup>1</sup>

Wir erklären hiermit Ihnen als Versorgungsträger gegenüber das Verlangen der versicherungsförmigen Lösung (§ 2 Abs. 2 Satz 3 bzw. Abs. 3 Satz 2 Betriebsrentengesetz (BetrAVG)). Die Ansprüche aus der Versicherungs-/Versorgungszusage sind wie folgt begrenzt:

Bei einer (beitragsorientierten) Leistungszusage auf die Leistungen, die aufgrund unserer Beitragszahlung als Versicherungsnehmer aus dem Versicherungsvertrag zu erbringen sind (§ 2 Abs. 2 und 3 BetrAVG).

Bei einer Beitragszusage mit Mindestleistung auf das der versicherten Person aufgrund unserer Beitragszahlung als Versicherungsnehmer planmäßig zuzurechnende Versorgungskapital, mindestens auf die Summe der bis dahin zugesagten Beiträge, soweit sie nicht rechnungsmäßig für einen biometrischen Risikoausgleich verbraucht wurden (§ 2 Abs. 5b BetrAVG).

### Für Rückfragen:

Ansprechpartner und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers

<sup>1</sup> Diese Erklärung ist jedenfalls bei einer (beitragsorientierten) Leistungszusage im zeitlichen und sachlichen Zusammenhang zum Ausscheiden des Arbeitnehmers – spätestens drei Monate danach – gegenüber uns sowie gegenüber dem Arbeitnehmer abzugeben. Ein Muster für eine Erklärung gegenüber Ihrem Arbeitnehmer finden Sie auf der Rückseite.

# Erklärung der Anspruchsbegrenzung gegenüber dem Arbeitnehmer

- Muster -

An

Name des Mitarbeiters: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer(n) \_\_\_\_\_

## Versorgungsträger

Allianz Lebensversicherungs-AG

Allianz Pensionskasse AG

Wir erklären hiermit, dass wir von der versicherungsförmigen Lösung/Anspruchsbegrenzung (§ 2 Abs. 2 Satz 3 bzw. Abs. 3 Satz 2 Betriebsrentengesetz (BetrAVG)) Gebrauch machen.

Die Ansprüche aus Ihrer/Ihren o. g. Versicherungs-/Versorgungszusage(n) sind wie folgt begrenzt:

Bei einer (beitragsorientierten) Leistungszusage auf die Leistungen, die aufgrund unserer Beitragszahlung als Versicherungsnehmer aus dem Versicherungsvertrag zu erbringen sind (§ 2 Abs. 2 und 3 BetrAVG).

Bei einer Beitragszusage mit Mindestleistung auf das Ihnen aufgrund unserer Beitragszahlung als Versicherungsnehmer planmäßig zuzurechnende Versorgungskapital, mindestens auf die Summe der bis dahin zugesagten Beiträge, soweit sie nicht rechnungsmäßig für einen biometrischen Risikoausgleich verbraucht wurden (§ 2 Abs. 5b BetrAVG).

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers

Erklärung der versicherten Person:

Vertragsnummer(n): \_\_\_\_\_

**Betriebliche Weiterführung:**

Mein neuer Arbeitgeber übernimmt die Versicherung.

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Es besteht folgender Gruppenvertrag (Nr., Gesellschaft): \_\_\_\_\_

**Private Weiterführung:**

Ich übernehme die Versicherungsnehmereigenschaft und beantrage, die Versicherung wie folgt weiterzuführen:

Beitragspflichtig

Die besonderen Konditionen des bisherigen Arbeitgebers entfallen.

Die Beiträge sollen ab 01. \_\_\_\_\_ gemäß SEPA-Lastschriftmandat eingezogen werden.

Beitragsfrei

Mit Einstellung der Beitragszahlung verringert sich der Versicherungsschutz auf die garantierte Leistung nach Beitragsfreistellung.

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

# Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung

## Einwilligung in die Verwendung von der Schweigepflicht geschützter Daten

Die folgenden Erklärungen wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.

Unsere Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (im Folgenden „Schweigepflicht“). Darum benötigen wir, Ihre Allianz Lebensversicherungs-AG bzw. Allianz Pensionskasse AG, je nachdem an welchen Versicherer sich Ihre Erklärung richtet (im Folgenden „der Versicherer“), als Unternehmen der Lebensversicherung Ihre Entbindung, um von der Schweigepflicht geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z.B. Assistance-, Logistik- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Erklärungen sind für die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit den von der Schweigepflicht geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers.

### Weitergabe Ihrer von der Schweigepflicht geschützten Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### 1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe oder einer anderen Stelle außerhalb der Allianz Deutschland Gruppe übertragen. Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Entbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste ist den Erklärungen unmittelbar angefügt <sup>1\*)</sup>. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.allianz.de/datenschutz](http://www.allianz.de/datenschutz) eingesehen oder bei uns (Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin, Telefon 08 00.410 01 04, [lebensversicherung@allianz.de](mailto:lebensversicherung@allianz.de)) angefordert werden.

Soweit erforderlich, **entbinde ich** die Mitarbeiter der Allianz Deutschland Gruppe und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe der von der Schweigepflicht geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 2. Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Verträge mit Rückversicherern abschließen, die das von uns versicherte Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übermitteln. Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungs- oder Leistungsantrag dem Rückversicherer vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass uns der Rückversicherer aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Hat ein Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, kann er kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherer weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Beitragszahlungen und Leistungsfällen können ebenfalls Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

Soweit erforderlich, **entbinde ich** die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die von der Schweigepflicht geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 3. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

In den folgenden Fällen kann es dazu kommen, dass von der Schweigepflicht geschützte Informationen über Ihren Vertrag selbstständigen Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler über die geplante Weitergabe der von der Schweigepflicht geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

**Ich willige ein**, dass der Versicherer meine von der Schweigepflicht geschützten Vertragsinformationen in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt **und entbinde** die für den Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

#### 1\*) Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe, die von der Schweigepflicht geschützte Stammdaten in gemeinsamen DV-Verfahren nutzen:

Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, AllSecur Deutschland AG und Deutsche Lebensversicherungs-AG.

#### Allianz Konzerngesellschaften (mit \* gekennzeichnet) und Dienstleister, die im Auftrag des Versicherers personenbezogene Daten verwenden, die von der Schweigepflicht geschützt sind und/oder Gesundheitsdaten erheben, verarbeiten oder nutzen:

- Allianz Deutschland AG\* (Versicherungsbetrieb mit Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung)
- Allianz Managed Operations & Services SE\* (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe)
- AGA Service Deutschland GmbH\* (Assistancedienstleistungen)
- rehacare GmbH\*, Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Reha-Dienstleistungen)
- VLS Versicherungslogistik GmbH\* (Posteingangsbearbeitung)
- KVM ServicePlus - Kunden- und Vertriebsmanagement GmbH\* (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- IBM Deutschland GmbH (IT-Wartung)
- Pro Claims Solutions GmbH (Unterstützung bei der Leistungsfallbearbeitung)
- IMB Consult GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- Versorgungswerk der Presse GmbH (Versicherungsbetrieb ohne Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung für über das Versorgungswerk der Presse versicherbare Personen)
- Versorgungsverband bundes- und landesgeförderter Unternehmen e.V. als Vertragspartner des Gruppenversicherungsvertrages (Beratung und Betreuung der Mitgliedsunternehmen und deren Mitarbeiter im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung)
- Rechtsanwälte Wagner Pauls Kalb (Einzug von Forderungen aus Regressen)
- Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
- Entsorgungsunternehmen (datenschutzgerechte Vernichtung von Papierunterlagen)

Ort, Datum

Hinweis:

Von der zuständigen Stelle erhalten Sie ein Fortführungsschreiben, aus dem Sie die neue Versicherungsnummer sowie weitere Einzelheiten entnehmen können.

Unterschrift des Arbeitnehmers