

Liebe Kundin, lieber Kunde,

mit diesem Formular beantragen Sie die **Umwandlung Ihrer Kinderpflegerente in eine Berufsunfähigkeitsvorsorge oder KörperSchutzPolice**.

Eine erneute Gesundheitsprüfung der versicherten Person ist nicht erforderlich, sofern die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Diese entnehmen Sie bitte den Bedingungen.

Bitte füllen Sie das Formular aus und senden es unterschrieben als Scan oder Bilddatei per E-Mail an lebensversicherung@allianz.de. Falls Ihnen die Zusendung per E-Mail nicht möglich ist, senden Sie das unterschriebene Formular bitte zurück an Allianz Lebensversicherungs-AG in 10850 Berlin.

Bei **Fragen** steht Ihnen Ihr Vermittler/Ansprechpartner oder unser Kundenservice unter **08 00.4 10 01 04** zur Verfügung.

Allgemeine Angaben

Versicherungsnummer

Vermittlername: Vermittlernummer bzw. BNRB:

Versicherungsnehmer: Geburtsdatum

Zu versichernde Person: Geburtsdatum

Angaben zur beruflichen Tätigkeit der versicherten Person

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus (bitte genaue Bezeichnung)?

Sind Sie bei Ausübung Ihrer Tätigkeit besonderen Gefahren (z. B. Sprengstoff, Strahlen, gefährliche Stoffe) ausgesetzt? ja nein

Falls ja: Welchen?

In welcher Branche sind Sie tätig?

Zu welcher Gruppe gehören Sie? Angestellte/Arbeiter Arbeitnehmer/Angestellte des Öffentlichen Dienstes Beamte

Welchen Beamtenstatus haben Sie? auf Widerruf/Referendare auf Probe auf Lebenszeit Selbstständige Gesellschafter-Geschäftsführer (GGF) Freiberufler Vorstände (Kapitalgesellschaft) Leitende Angestellte gemäß BetrVG (Prokura) Studenten Auszubildende Schüler Praktikanten Freiwilliger Wehr-/Bundesfreiwilligendienst/Freiwilliges soziales Jahr Geringfügig Beschäftigte Gefördertes Arbeitsverhältnis (z. B. 1-EUR-Stelle) Arbeitssuchende in Elternzeit

Bei Studenten/Hochschulabsolventen: Studienfach:

Bei Selbstständigen/GGF/Freiberuflern:

Seit wann sind Sie ununterbrochen selbstständig? / (Monat/Jahr)

Entspricht Ihre Berufsausbildung Ihrer derzeitigen Tätigkeit? ja nein

Weitere Angaben: vollzeitbeschäftigt teilzeitbeschäftigt, Std. pro Woche Saisonarbeiter

Höchster Abschluss: keiner Schulabschluss abgeschlossene Berufsausbildung Hochschulabschluss

staatl. Anerkannte Berufsbildung (z. B. Meister, Techniker, Fachwirt)

Sind Sie Berufsanfänger? (Berufsanfänger sind Sie, sofern Sie in den letzten 3 Jahren nicht mindestens 24 Monate in Ihrem aktuell ausgeübten Beruf tätig waren.) ja nein

Wie groß ist der Anteil an Bürotätigkeit? %

Sind Sie aufsichtsführend/geschäftsführend tätig? ja nein

Falls ja: Wie viele Personen beaufsichtigen Sie?

Anteil Bürotätigkeit, verwaltender oder aufsichtsführender Tätigkeit in %

Bei handwerklichen Berufen: Anteil der körperlichen Tätigkeit in %

Bei kaufmännischen Berufen: Verfügen Sie über eine abgeschlossene kaufmännische Ausbildung? ja nein

PESVA03753

Angaben zum Rauchverhalten

Für Verträge mit Versicherungsbedingungen ab 01/2022 und ab einem Eintrittsalter von 15 Jahren erforderlich:

Ich bin seit mindestens 10 Jahren Nichtraucher

i Mindestens 10 Jahre Nichtraucher ist, wer in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung nicht aktiv geraucht hat und auch beabsichtigt, in Zukunft nicht zu rauchen.

Ich bin seit mindestens 1 Jahr Nichtraucher

i Mindestens 1 Jahr Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung nicht aktiv geraucht hat und auch beabsichtigt, in Zukunft nicht zu rauchen.

Ich bin Raucher

i Raucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung aktiv geraucht hat.

Angaben zum Anlass der Umwandlung

Aufnahme einer Berufsausbildung

Beginn der Ausbildung:

oder

Start eines Studiums

Beginn des Studiums:

oder

Aufnahme einer auf Dauer gerichteten Berufstätigkeit

Beginn der Berufstätigkeit:

oder

Nur für Verträge mit Versicherungsbedingungen ab 01/2020:

i Bei Verträgen mit älteren Bedingungen kann die Änderung nur durch den Neuabschluss einer Ergänzenden oder Selbständigen BerufsunfähigkeitsPolice erfolgen.

Eintritt in eine weiterführende Schule (Sekundarstufe)

Vollendung des 14. Lebensjahres

Datum des Ereignisses:

Eintritt in die Klassenstufe 11

Welche Schulform wird derzeit besucht?

Gymnasium

Realschule

Hauptschule

Grundschule

zusammengefasste Schulformen mit mehreren möglichen Schulabschlüssen

z. B. Gesamtschule, Gemeinschaftsschule, Mittelschule, Werkrealschule, Realschule Plus

Schulen zum Erwerb der (Fach)-Hochschulreife

z. B. Fachoberschule, Berufsoberschule

Berufsfachschule: Bitte Zielberuf angeben

z. B. Technikerschule, Wirtschaftsschule

spezielle Schulformen: Bitte benennen

z. B. Förderschule

Elitesportschule: Bitte benennen

z. B. Eliteschule des Sports, Eliteschule des Fußballs

Welcher Schulabschluss wird auf der aktuell besuchten Schulform angestrebt?

Abitur/(Fach-)Hochschulreife

Mittlerer Schulabschluss/Mittlere Reife

Hauptschulabschluss

Angaben zum Termin der Umwandlung

Die Umwandlung Ihrer Kinderpflegrente in eine Berufsunfähigkeitsvorsorge oder KörperSchutzPolice soll zum

0 1 erfolgen.

i Die Umwandlung kann innerhalb von 12 Monaten nach dem Eintreten des Anlasses für die Umwandlung verlangt werden. Zwischen dem Umwandlungsverlangen und dem Umwandlungstermin dürfen nicht mehr als 2 Monate liegen.

Angaben zum Zielprodukt der Umwandlung

Die gewünschte Beitragszahlungs-/Versicherungsdauer beträgt: _____ Jahre.

Die gewünschte Leistungsdauer der Rente bei Berufsunfähigkeit bzw. Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten beträgt: _____ Jahre.

i Das Alter der versicherten Person am Ende der Beitragszahlungs-/Versicherungs- und Leistungsdauer darf 67 Jahre nicht überschreiten. Die Beitragszahlungs-/Versicherungsdauer darf die verbleibende Aufschubdauer Ihrer KinderPolice nicht überschreiten.

Die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente oder der Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie die Pflegezusatzrente, wenn Sie diese ergänzend versichern wollen, soll:

gleich der bisher vereinbarten Kinderpflegrente sein. _____ EUR/Jahr betragen.

i Die Berufsunfähigkeitsrente und die Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie die Pflegezusatzrente kann maximal in Höhe der bisher vereinbarten Kinderpflegrente eingeschlossen werden. Die für die versicherte Person bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten, Dienstunfähigkeitsrenten und Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten dürfen insgesamt 18.000 EUR jährliche Rente nicht überschreiten. Die für die versicherte Person bestehenden Pflegezusatzrenten dürfen insgesamt 18.000 EUR jährliche Rente nicht überschreiten.

PESVA03753

Angaben zu Ihrer neuen Berufsunfähigkeitsvorsorge oder KörperSchutzPolice

Ergänzende oder Selbständige BerufsunfähigkeitsPolice

Beitragsbefreiung zu Ihrer KinderPolice bei Berufsunfähigkeit im bestehenden Vertrag

i Beitragsbefreiung ist für Tarife mit Versicherungsbeginn vor 2020 nur möglich, wenn die versicherte Person mindestens 15 Jahre alt ist.

oder

Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge

Pflegezusatzrente

oder

KörperSchutzPolice

Pflegezusatzrente

i Eine Umwandlung in eine KörperSchutzPolice ist nur bei den Anlässen Aufnahme einer Berufsausbildung, Start eines Studiums oder Aufnahme einer auf Dauer gerichteten Berufstätigkeit möglich.

Erklärungen

Hiermit bestätige ich, dass

- bei der versicherten Person kein bereits festgestellter Grad der Behinderung vorliegt,
- keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit der versicherten Person erbracht werden oder worden sind,
- kein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Tod oder Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers besteht,
- die versicherte Person keine Ansprüche auf Leistung wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung oder aus einer privaten Pflegeversicherung hat und auch keinen Antrag auf Leistungen gestellt hat.

Für die Umwandlung in Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge oder in eine Selbständige BerufsunfähigkeitsPolice bestätige ich, dass zum Umwandlungszeitpunkt:

- die versicherte Person nicht berufsunfähig bzw. pflegebedürftig ist oder war und
- die versicherte Person einen Beruf ausübt bzw. anstrebt, der nach unseren Grundsätzen gegen Berufsunfähigkeit versicherbar ist.

Für die Umwandlung in eine KörperSchutzPolice bestätige ich, dass zum Umwandlungszeitpunkt:

- bei der versicherten Person keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, keine schwere Krankheit und keine Pflegebedürftigkeit nach der dann gültigen KörperSchutzPolice bzw. dem dann gültigen Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichern wollen, vorliegt oder vorlag und
- die versicherte Person einen Beruf ausübt bzw. anstrebt, der nach unseren Grundsätzen der KörperSchutzPolice versicherbar ist.

Weiterhin bestätige ich, dass ich die folgende Regelung zur Kenntnis genommen habe:

- die in den Versicherungsbedingungen der Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge, Ergänzende BerufsunfähigkeitsPolice, Selbständige BerufsunfähigkeitsPolice oder KörperSchutzPolice beschriebene anlassunabhängige Erhöhung ist nicht möglich.

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift zu versichernde Person
(ggf. gesetzlicher Vertreter)

Unterschrift Vermittler