

[lebensversicherung@allianz.de](mailto:lebensversicherung@allianz.de)

# Servicevertrag für die Auszahlung der Versorgungsleistungen direkt an die Versorgungsberechtigten

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

Die Unterstützungskasse Allianz-Pensions-Management e.V. und das Trägerunternehmen:

\_\_\_\_\_

schließen mit Wirkung zum \_\_\_\_\_ folgenden Servicevertrag:

Das Trägerunternehmen führt als Mitglied der Unterstützungskasse betriebliche Altersversorgung über die Unterstützungskasse durch. Die Unterstützungskasse hat zur Finanzierung der betrieblichen Altersversorgung Rückdeckungsversicherungen bei der Allianz Lebensversicherungs-AG abgeschlossen.

Das Trägerunternehmen beauftragt die Unterstützungskasse mit der Verwaltung, Abrechnung und Auszahlung der Versorgungsleistungen, die nach § 13 der Vereinssatzung der Unterstützungskasse in Verbindung mit dem jeweiligen Leistungsplan des Trägerunternehmens zu erbringen sind.

Laufende Rentenleistungen und einmalige Kapitalleistungen gemäß Leistungsplan werden direkt an die Versorgungsberechtigten gezahlt.

Es gelten die in der Anlage beigefügten Bedingungen zum Servicevertrag.

Die Auszahlung der Versorgungsleistungen an die Leistungsempfänger sowie die Ermittlung und Auszahlung der steuerlichen Abzugsbeträge an das Trägerunternehmen werden gewünscht.

Bankverbindung des Trägerunternehmens für die Auszahlung der steuerlichen Abzugsbeträge:

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

IBAN: □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□

BIC: □□□□□□□□□□□□

Betriebsstättenfinanzamt: \_\_\_\_\_

Steuernummer: \_\_\_\_\_

Gemeindeschlüssel: \_\_\_\_\_

Kirchensteuergebiet: \_\_\_\_\_

Die lohnsteuerlichen Pflichten für Leistungen aus einer Unterstützungskasse liegen ausschließlich beim jeweiligen Trägerunternehmen.

Auch wenn die Unterstützungskasse die anfallenden Steuerabzüge für das Trägerunternehmen ermittelt, bleibt das Trägerunternehmen gegenüber seinem Betriebsstättenfinanzamt Haftungsschuldner (§ 19 Abs. 1 Nr. 2 sowie § 38 Abs. 3 EStG).

Die Zahlung des Honorars erfolgt durch Lastschrift. Für die Zahlung reichen wir ein SEPA-Lastschriftmandat ein.

Allianz-Pensions-Management e.V.

PESVA01924

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Trägerunternehmens

*Bitte beachten Sie die nächste Seite.*

# Anlage zum Servicevertrag

## Bedingungen

### § 1 Pflichten des Trägerunternehmens

1. Das Trägerunternehmen teilt der Unterstützungskasse spätestens drei Monate vor der Auszahlung der Versorgungsleistung die erforderlichen Daten des Leistungsempfängers mit.  
Werden der Unterstützungskasse nicht sämtliche erforderlichen Unterlagen und Auskünfte zur Verfügung gestellt, so kann die Unterstützungskasse die Auszahlung der Versorgungsleistungen direkt an die Versorgungsberechtigten nicht vornehmen.
2. Erhält das Trägerunternehmen Kenntnis von leistungsrelevanten Änderungen (z. B. Tod des Leistungsempfängers, Umzug, Wechsel der Bankverbindung, Wechsel der Krankenkasse, Versorgungsausgleich), so zeigt es diese der Unterstützungskasse unverzüglich schriftlich an.
3. Das Trägerunternehmen hat für alle durch Verletzung seiner Anzeige- und Mitwirkungspflichten gemäß § 1 (1) und (2) entstehenden Schäden bzw. rechtlichen und tatsächlichen Nachteile gegenüber der Unterstützungskasse einzustehen.

### § 2 Pflichten der Unterstützungskasse

1. Die Unterstützungskasse ermittelt für die auszahlenden Versorgungsleistungen die anfallenden Steuerabzüge (Lohn- und Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag) und zahlt die entsprechenden Beträge an das Trägerunternehmen. Des Weiteren ermittelt die Unterstützungskasse evtl. zu entrichtende Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung und führt diese an die zuständige Krankenkasse ab. Insbesondere kommt die Unterstützungskasse den ihr als Zahlstelle der Betriebsrente bzw. Hinterbliebenenrente obliegenden Kontroll- und Meldepflichten gegenüber der zuständigen gesetzlichen Krankenkasse nach.
2. Die Unterstützungskasse zahlt den Nettobetrag der Versorgungsleistungen an den Leistungsempfänger aus. Die Leistung in Form einer Rente wird je nach vereinbarter Rentenzahlungsweise monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich jeweils am ersten Bankarbeitstag nach dem im Leistungsplan vereinbarten Fälligkeitstermin angewiesen. Die Auszahlung einer Kapitalleistung erfolgt zum Auszahlungstermin gemäß der Versorgungszusage, frühestens jedoch wenn alle Leistungsvoraussetzungen und alle erforderlichen Unterlagen vorliegen.

### § 3 Anpassung der Betriebsrenten

Die Unterstützungskasse ist nicht mit der Prüfung der Anpassung der Betriebsrenten gemäß § 16 Abs. 1 BetrAVG beauftragt.

### § 4 Honorarregelung

Das zu entrichtende Honorar für die Auszahlung der Versorgungsleistungen direkt an die Versorgungsberechtigten ist dem jeweils aktuell gültigen Merkblatt für besondere Dienstleistungen (FVB--0778Z0) zu entnehmen. Die Höhe der Beträge ist in den ersten fünf Jahren ab Aufnahme des Arbeitgebers in die Unterstützungskasse garantiert. Für die Folgejahre können sie in Art und Höhe geändert werden.

### § 5 Haftung

1. Die Unterstützungskasse haftet für Schäden, die in Ausführung dieses Servicevertrages entstehen, nach den gesetzlichen Bestimmungen. Die Haftung der Unterstützungskasse für Schadenersatzansprüche jeder Art ist bei einem fahrlässig verursachten einzelnen Schadensfall auf 250.000 € beschränkt; dies gilt auch dann, wenn eine Haftung gegenüber einer anderen Person als dem Trägerunternehmen begründet sein sollte.
2. Hinsichtlich der Verjährungsfristen für Schadenersatzansprüche finden die Regelungen des BGB Anwendung. Der Anspruch erlischt, wenn nicht innerhalb einer Frist von 24 Monaten seit der schriftlichen Ablehnung der Ersatzleistung Klage erhoben wird und das Trägerunternehmen auf diese Folge hingewiesen wurde. Das Recht, die Einrede der Verjährung geltend zu machen bleibt unberührt.

### § 6 Laufzeit

1. Dieser Servicevertrag wird für unbestimmte Zeit geschlossen. Er kann jährlich von beiden Parteien schriftlich mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende, erstmals nach Ablauf eines Jahres nach Vertragschluss zum 31.12. des Jahres gekündigt werden. Er endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zu dem Zeitpunkt, zu dem keine Leistungsansprüche der Leistungsempfänger mehr gegenüber dem Trägerunternehmen aus der Zusage über die Unterstützungskasse bestehen.
2. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bei Vorliegen eines wichtigen Grundes, der einer der Parteien die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses unzumutbar macht, bleibt hiervon unberührt.
3. Des Weiteren kann dieser Vertrag von der Unterstützungskasse mit sofortiger Wirkung für die Zukunft gekündigt werden, wenn das Trägerunternehmen die vereinbarten Honorare für die Rentenverwaltung / Leistungsauszahlung nach angemessener Fristsetzung und erneuter Zahlungsaufforderung nicht zahlt.

### § 7 Beauftragung von Dritten

1. Die Unterstützungskasse beauftragt die Allianz Lebensversicherungs-AG mit der Auszahlung der Versorgungsleistungen direkt an den Versorgungsberechtigten.
2. Die Allianz Lebensversicherungs-AG ist seitens der Unterstützungskasse ermächtigt, anderen Unternehmen/Personen innerhalb der Allianz-Gruppe Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung zu übertragen. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um Rentenverwaltung und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden.

### § 8 Verschwiegenheit und Datenschutz

1. Die Unterstützungskasse und die weiteren eingeschalteten Unternehmen/Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.

### § 9 Schlussbestimmungen

1. Sollten die Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden oder sollte sich in dem Vertrag eine Regelungslücke ergeben, so werden die Parteien bemüht sein, sich auf wirksame Bestimmungen bzw. eine Bestimmung zur Auffüllung der Lücke zu einigen. Dies gilt insbesondere, wenn sich aufgrund späterer Vertragsabwicklung die Notwendigkeit einer Ergänzung oder Abänderung ergeben sollte.
2. Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

PESVA01924

Bitte zurücksenden an

Allianz Lebensversicherungs-AG  
10850 Berlin

**Vertragsführende Gesellschaft**  
Allianz Lebensversicherungs-AG

**Gläubiger-Identifikationsnummer**  
DE07ZZZ00000063475

**Mandatsnummer**

Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit.

**Antragsnummer / Vertragsnummer**

---

## SEPA-Lastschriftmandat

**Wir ermächtigen** die vertragsführende Gesellschaft, alle Forderungen zu diesem Vertrag (insbesondere Beiträge, Zinsen, Gebühren, Honorare) bei Fälligkeit von unserem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Ermächtigung gilt auch für künftig vereinbarte Änderungen zu diesem Vertrag (z. B. Aufnahme weiterer Versorgungsberechtigter).

Unser Geldinstitut **weisen wir an**, die Lastschriften der vertragsführenden Gesellschaft einzulösen, die von unserem Konto eingezogen werden.

Der Lastschrifteinzug wird uns spätestens fünf Kalendertage vor dem ersten Einzug angekündigt.

Wir können innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Datum der Kontobelastung – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit unserem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

*(Bitte prüfen Sie die nachfolgenden Angaben und informieren Sie uns umgehend, falls diese nicht korrekt sind. Nehmen Sie bitte keine eigenen Korrekturen vor, da wir handschriftliche Vermerke nicht berücksichtigen können. Vielen Dank.)*

### Name der Firma

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (bzw. Firma)

### Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (bzw. Firma)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort

### Geldinstitut

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□

### IBAN

□□□□□□□□□□□□

### BIC

NO99

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Firma

PESVA02510

**Rücksendemöglichkeiten:**

- per Post an die Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin
- per Fax an 08 00 44 00 104
- als Scan/Foto an die lebensversicherung@allianz.de
- durch Rückgabe an Ihren Vermittler