

Aufnahmeantrag

für die Firma _____

1. Wir beantragen die Aufnahme als Mitglied in die überbetriebliche Unterstützungskasse

Allianz-Pensions-Management e. V.

(im Folgenden "Unterstützungskasse" genannt)

in Kooperation mit dem **Industrie-Pensions-Verein e. V.**

in Kooperation mit folgendem Verband (ggf. mit Landesverband) _____

Die Satzung der Unterstützungskasse haben wir erhalten und akzeptieren die darin enthaltenen Regelungen. Wir haben zur Kenntnis genommen, dass wir als Trägerunternehmen aus steuerlichen Gründen auf die Rückforderung des für uns gebildeten Kassenvermögens verzichten. Dieser Verzicht gilt auch für den Fall, dass unsere Mitgliedschaft in der Unterstützungskasse erlischt. Die Unterstützungskasse wird die Mittel zweckgebunden dazu verwenden, satzungsgemäß Leistungen an die Versorgungsberechtigten zu erbringen. Der Verzicht hindert nicht die Übertragung der der Unterstützungskasse zugewendeten Mittel auf einen anderen Versorgungsträger zur Fortführung der Versorgung (vgl. § 11 Abs. 2 der Satzung).

Sämtliche vertragliche Vereinbarungen im Rahmen dieser Versorgung unterliegen deutschem Recht. Streitigkeiten aus oder im Zusammenhang mit diesen vertraglichen Vereinbarungen unterliegen ausschließlich deutscher Gerichtsbarkeit.

2. Die Daten der versorgungsberechtigten Mitarbeiter teilen wir mit dem Formular Anmeldungen FVB--0798Z0¹ mit – siehe Anlage(n). Die Unterstützungskasse passt die Formulare laufend der aktuellen Rechtslage und den Anforderungen der Verwaltung an. Wir werden zur Mitteilung der Daten der Mitarbeiter das jeweils von der Unterstützungskasse bereitgestellte aktuelle Formular verwenden.
3. Wir sind damit einverstanden, dass sowohl wir als auch die Unterstützungskasse durch einseitige Erklärung die Anmeldung bzw. die Aufnahme weiterer Mitarbeiter in die Versorgung ablehnen kann. Die entsprechende Erklärung muss gegenüber dem Vertragspartner schriftlich innerhalb einer Frist von drei Monaten zum Aufnahmestichtag erfolgen. Durch diese Erklärung werden die bis zum Ablauf der Frist eingerichteten Versorgungen nicht berührt. Diese werden unverändert fortgesetzt, sofern wir die Beiträge vertragsgemäß entrichten.
4. Wir sind damit einverstanden, dass die Unterstützungskasse die Aufnahme einzelner versorgungsberechtigter Mitarbeiter verweigern kann, wenn rechtliche oder verwaltungstechnische Vorgaben nicht erfüllt werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn wir die Aufnahmeunterlagen der Unterstützungskasse nicht oder nicht vollständig unterschrieben zur Verfügung stellen, Datenschutzerfordernungen der Unterstützungskasse nicht nachkommen, mit der Zahlung der Beiträge oder Honorare für die Rentnerverwaltung in Verzug geraten oder die Gefahr besteht, dass unsere Beiträge an die Unterstützungskasse nicht als Betriebsausgaben anerkannt werden.
5. Wir beauftragen die Allianz Lebensversicherungs-AG hiermit, für uns die Betreuung der Versorgung zu übernehmen. Die hierfür erforderlichen Informationen lassen wir der verwaltenden Stelle zeitnah und vollständig zukommen. Näheres zum Umfang der Dienstleistungen, zum eventuell fälligen Verwaltungsbetrag sowie weitere Einzelheiten ergeben sich aus der zum Aufnahmezeitpunkt geltenden Fassung des Merkblatts für besondere Dienstleistungen FVB--0778Z0².

¹ Abrufbar unter: <https://goa-eportale.allianz.de/FVB/--0/FVB--0798Z0.pdf.open.pdf>

² Abrufbar unter: <https://goa-eportale.allianz.de/FVB/--0/FVB--0778Z0.pdf.open.pdf>

6. Wir bestätigen hiermit, dass wir alle von der Unterstützungskasse erhaltenen Mitteilungen zur Höhe der Unterstützungskassenversorgung zeitnah an die betreffenden versorgungsberechtigten Mitarbeiter weiterleiten werden. Eine Nichtweitergabe der genannten Mitteilungen hat zur Folge, dass die betreffenden Zusagen als nicht erteilt gelten. Dies hat Auswirkungen auf das Kassenvermögen sowie die Abzugsfähigkeit unserer Zuwendungen als Betriebsausgabe.
7. Bilanzstichtag: _____
8. Branche/Tarifvertrag³
- Branche: _____
 - Unternehmen setzt Tarifvertrag um: ja nein
 - Gültiger Tarifvertrag: _____
 - Regionaler Geltungsbereich: _____
9. Die vorschüssige Beitragszahlung erfolgt vertragseinheitlich durch den Arbeitgeber und zwar
- durch Einzelbeitragszahlung per Überweisung pro versicherter Person.
Bitte unbedingt beachten, dass die Überweisung einzeln pro versicherte Person unter Angabe von Versicherungsnummer und Name im Verwendungszweck zu erfolgen hat.
- oder
- durch Lastschrift als Gesamtbeitragszahlung gemäß unseren Unterlagen.
Für die Zahlung der Zuwendungen reichen wir ein SEPA-Lastschriftmandat (EV---4123Z0⁴) ein.
10. Uns ist bekannt, dass die Unterstützungskasse auf Anforderung des Pensions-Sicherungs-Verein VVaG (PSV) unseren Firmennamen und unsere Anschrift für Zwecke der gesetzlichen Insolvenzsicherung an den PSV weitermeldet, sofern die von uns erteilten Unterstützungskassenzusagen gemäß Betriebsrentengesetz (BetrAVG) insolvenzsicherungspflichtig sind. Eine insolvenzsicherungspflichtige Versorgung liegt dann vor, wenn eine Versorgungsanwartschaft gemäß § 1b BetrAVG gesetzlich unverfallbar ist oder ein Versorgungsfall eingetreten ist.
- Keine insolvenzsicherungspflichtige Versorgung liegt vor, wenn das Trägerunternehmen der Bund, ein Bundesland, eine Gemeinde oder eine Körperschaft, Stiftung oder Anstalt des öffentlichen Rechts ist, bei der das Insolvenzverfahren nicht zulässig ist bzw. bei der der Bund, ein Land oder eine Gemeinde kraft Gesetzes die Zahlungsfähigkeit sichert (§ 17 Abs. 2 BetrAVG). Wir informieren die Unterstützungskasse, wenn diese Voraussetzungen für uns vorliegen. Im Zweifelsfall klären wir dies vorab mit dem PSV.
11. Die Unterstützungskasse hat uns darauf hingewiesen, dass bei Erteilung oder Änderung einer Versorgungszusage an einen Geschäftsführer bzw. einen Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH ein Beschluss der Gesellschafterversammlung erforderlich ist. Gleiches gilt für Organpersonen anderer Gesellschaftsformen, für die durch Gesetz oder Satzung der Beschluss eines entsprechenden Organs vorgesehen ist (z. B. Beschluss des Aufsichtsrates für den Vorstand einer Aktiengesellschaft). Sofern ein solcher Beschluss erforderlich ist, ist dieser konstitutiv für das Entstehen der zivilrechtlich wirksamen Versorgungszusage bzw. konstitutiv für die zivilrechtlichen Änderungen einer solchen Zusage.
12. Die Unterstützungskasse gewährt der Firma vorläufigen Versorgungsschutz (VVS). Die Firma informiert ihre Mitarbeiter (versicherte Personen) über die Gewährung des vorläufigen Versorgungsschutzes.

³ **Ausfüllhilfe für unsere Vermittler:** Erforderliche und mögliche Einträge finden Sie in [AMIS Online](#) oder im [Maklerportal](#).
Alternative zum Link: Suche in „Leben Firmen“ unter dem Stichwort „Zusatzangaben Tarifvertrag/Branche“.

⁴ Abrufbar unter: <https://goa-eportale.allianz.de/EV/-/4/EV---4123Z0.pdf.open.pdf>

Einwilligung in die Verwendung von der Schweigepflicht geschützter Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen 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, als Unternehmen der Lebensversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung, 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 Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen 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.

Soweit die Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten auf der Grundlage einer ausdrücklichen Einwilligung erfolgt, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ist Ihre Einwilligung zu Durchführung des Vertrages erforderlich, wird ein Widerruf dazu führen, dass die Leistung nicht mehr erbracht werden kann. 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 Schweigepflichtentbindung 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. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.allianz.de/datenschutz eingesehen oder bei uns (Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin, Telefon 0800.4100104, 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 im Einzelfall möglich, dass uns der Rückversicherer aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung 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 diese dort erheben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift der Firma⁵

⁵ Anschrift bitte so ergänzen, dass eine direkte Zuleitung an die bearbeitende Stelle (z. B. Personalabteilung) gewährleistet ist.