



**PRESSE-VERSORGUNG**

**PRESSE-VERSORGUNG**

Ihre Vertragspartner: Ein Konsortium aus  
Allianz Lebensversicherungs-AG (Federführer),  
AXA Lebensversicherung AG,  
HDI Lebensversicherung AG,  
R+V Lebensversicherung AG

Bitte zurücksenden an:

Presse-Versorgung  
11512 Berlin

[www.presse-versorgung.de](http://www.presse-versorgung.de)

Betriebliche Altersversorgung

Firmen

**Antrag  
auf Abschluss einer Direktversicherung**

Rentenversicherung

RisikoLebensversicherung

ergänzenden BerufsunfähigkeitsPolice

BerufsunfähigkeitsPolice

Federführendes Versicherungsunternehmen: **Allianz Lebensversicherungs-AG.**

Vorsitzender des Aufsichtsrats der Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft: Dr. Klaus-Peter Röhler.

Vorstand: Katja de la Viña, Vorsitzende; Dr. Heinke Conrads, Henriette Götze, Dr. Alf Neumann, Dr. Volker Priebe, Dr. Martin Riesner, Dr. Thomas Wiesemann.

Für Umsatzsteuerzwecke: USt-IdNr. DE811150678; für Versicherungssteuerzwecke: VersSt-Nr.: 801/V90801011184. Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei i.S. des UStG und der MwStSystRL. Hauptverwaltung: Reinsburgstraße 19, 70178 Stuttgart. Sitz der Gesellschaft: Stuttgart. Registergericht: Stuttgart, HRB 20231



Antrag auf Abschluss einer Direktversicherung

- Insurance options: Rentenversicherung, RisikoLebensversicherung, ergänzenden BerufsunfähigkeitsPolice zur Lebens-/Rentenversicherung Nr., BerufsunfähigkeitsPolice

Allgemeine Daten

Arbeitsgeber (Versicherungsnehmer) form fields: Firma, Herr, Frau, Anredezusätze, Zuname, Vorname, Rechtsform, Straße/Hausnummer, Postleitzahl/Ort, Wohnland, Straßen-, Ortszusatz, Telefon+, Fax+, E-Mail+, and address instructions.

Zu versichernde Person form fields: Herr, Frau, Anredezusätze, Zuname, Vorname, Straße/Hausnummer, Postleitzahl/Ort, Wohnland, Straßen-, Ortszusatz, Geburtsdatum, Geburtsort, Geburtsland+, Geburtsname+, Staatsangehörigkeit+, Dienst Eintrittsdatum, Steuer-Identifikationsnummer+, and Derzeitige berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung).

Bitte machen Sie auf dem Formular E---P0109Z0 bzw. E---P0122Z0 genauere Angaben zu Ihrer beruflichen Tätigkeit sowie zu Ihren Gesundheitsverhältnissen und geben Sie dort bitte Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung ab, wenn die beantragte Versicherung eine RisikoLebensversicherung, eine Hinterbliebenen- oder Berufsunfähigkeitsvorsorge umfasst.

Mitversichernde Person (bei Einschluss von Hinterbliebenenrente)

Mitversichernde Person form fields: Herr, Frau, Zuname, Vorname, Geburtsdatum

Angaben zu Branche / Tarifvertrag

Company information form fields: Das Unternehmen des Arbeitgebers gehört zur: Branche Medien, Branche Druck und Papier; Arbeitgeber setzt Tarifvertrag um: ja, nein; Gültiger Tarifvertrag:

Hinweis: Bitte hier nur eine der folgenden Auswahlmöglichkeiten eintragen. Auswahlmöglichkeiten zur Branche Medien: kein Tarifvertrag; Druck und Medien; Haustarifvertrag; Redakteure; Redakteure Tageszeitungen (Online, Audio(-visuell); Rundfunk; Zeitschriften – ATV (oblig. Presse); Zeitschriften – Rahmenabkommen gemäß ATV (oblig. Presse); Zeitungen – ATV (oblig. Presse); Zeitungen – Rahmenabkommen gemäß ATV (oblig. Presse)

Auswahlmöglichkeiten zur Branche Druck und Papier: kein Tarifvertrag; Haustarifvertrag; Papier, Pappe und Kunststoffe verarbeitende Industrie; Papierindustrie (bAV); Papierindustrie (Demo); Verlage, Buchhandlungen, Zeitschriftenverlage

Regionaler Geltungsbereich des Tarifvertrags:

Auswahlmöglichkeiten: bundesweit; Bundesland (bitte namentlich benennen); kein Bundesland; Nord; Süd; West; Ost; Sonstige

Form fields: Sieht dieser Tarifvertrag einen zwingenden Anbieter vor? ja (bitte Anbieter nennen), nein

Falls ja, erklärt der Arbeitgeber mit Unterzeichnung dieses Formulars, dass er sich für eine Direktversicherung über die Presse-Versorgung entschieden hat und sich bewusst ist, dass dies eine nicht ordnungsgemäße Umsetzung des Tarifvertrags darstellt und sämtliche entstehende Risiken von ihm selbst zu tragen sind.

\*Freiwillige Angabe.

1Nur anzugeben bei den Vorsorgekonzepten InvestFlex und BU Invest; US-Person = Person mit US-Staatsangehörigkeit, US-Wohnsitz, Green-Card.

PESVA02452

GV---0466Z0 (ZTV) 0.11.24

## Daten der Versicherung

Tarifbezeichnung \_\_\_\_\_ Versicherungsbeginn

Garantieniveau (Garantieprozentsatz) \_\_\_\_\_

Der beantragte Versicherungsschutz ist dem beigefügten Angebot vom  Antragsnummer \_\_\_\_\_ zu entnehmen.

Förderung  nach § 3 Nr. 63 EStG  nach § 100 EStG  
 nach § 10a EStG

Eintrittsalter \_\_\_\_\_ Jahre Aufschubdauer \_\_\_\_\_ Jahre Versicherungs-/  
Beitragszahlungsdauer \_\_\_\_\_ Jahre oder  lebenslang

Beitragszahlung erfolgt  monatlich\*  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich  einmalig

Rentenzahlung erfolgt monatlich

Zusageart Beitragsorientierte Leistungszusage

Ärztliche Untersuchung  ja

## Zuwachs

Es wird – soweit möglich – der dynamische Zuwachs von Leistung und Beitrag beantragt.

Wenn kein Zuwachs gewünscht wird, bitte ankreuzen  ohne Zuwachs.

## Fondsauswahl (bei InvestFlex)

Der Anlagebetrag soll auf folgende Fonds bzw. Anlagestrategien aufgeteilt werden (Die Aufteilung erfolgt in ganzzahligen Prozentsätzen und muss insgesamt 100 % ergeben.)

Fonds/Anlagestrategie:	in % des Anlagebetrages	Fonds/Anlagestrategie:	in % des Anlagebetrages
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ab einem Beitrag von 5.000 EUR führen wir zunächst bis zum 36. Kalendertag des in diesem Zeitraum eingegangenen Beitrags einem Geldmarktfonds zu.

Gilt nur bei Anlagestrategien

Der Antragsteller verzichtet bei den Anlagestrategien auf den Erhalt von Halbjahresberichten

## Inkasso

Die Beiträge werden bis auf Widerruf bei Fälligkeit gemäß den Angaben unter C. SEPA-Lastschriftmandat auf Seite 9 eingezogen.

Bitte unterzeichnen Sie das SEPA-Mandat auf der letzten Seite (zwingend bei Lastschrift).

Bei Zahlungsart Überweisung ist der Beitrag rechtzeitig (zum Beginnstermin der Versicherung) auf das auf Seite 9 im Antrag genannte Konto zu überweisen.

Die Sofortrente (bitte Altersnachweis beifügen) einschließlich der Leistung aus der Überschussbeteiligung ist zu überweisen an:

Name, Vorname(n) \_\_\_\_\_

IBAN (kein Sparkonto) \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Name des Geldinstitutes \_\_\_\_\_

Bei Überweisung an eine andere Person als den Arbeitgeber (Versicherungsnehmer) muss das Finanzamt benachrichtigt werden.

## Erklärung nach dem Geldwäschegesetz

(Nicht erforderlich bei selbstständiger und ergänzender Berufsunfähigkeitsversicherung oder bei Bejahung der nachfolgenden Frage nach einer bereits bestehenden Geschäftsbeziehung mit dem federführenden Versicherungsunternehmen in der betrieblichen Altersversorgung.)

Besteht bereits eine Geschäftsbeziehung des Arbeitgebers mit dem federführenden Versicherungsunternehmen in der betrieblichen Altersversorgung?  ja  nein

Es ist grundsätzlich für jeden Versicherungsnehmer die Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz beizufügen. Gibt es neben dem Versicherungsnehmer ggf. eine für ihn auftretende Person oder ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, verwenden Sie bitte ebenfalls das folgende Formular:

- GV---0051 Z0 Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz

## 1. Direktversicherung

- 1.1  vom Arbeitgeber finanziert  durch Entgeltumwandlung finanziert – **Achtung:** Es ist eine separate Entgeltumwandlungsvereinbarung erforderlich.  
 teilweise vom Arbeitgeber und teilweise durch Entgeltumwandlung finanziert – **Achtung:** Es ist eine separate Entgeltumwandlungsvereinbarung erforderlich.  
 Neueinrichtung  Ablösung einer Pensionszusage  teilweise Ablösung (= Versicherungsstufe)  Ablösung einer Unterstützungskassenzusage  
 arbeitsrechtliche Zusage vor dem 01.01.2012

**Zeitpunkt der Erteilung der ursprünglichen Pensions- bzw. Unterstützungskassenzusage**

(Dieser Zeitpunkt ist bei der Ablösung für den Beginn der gesetzlichen Unverfallbarkeitsfristen maßgeblich.)

1.2 Gegenstand der Versorgung ist die Zahlung des festgelegten Beitrags (Beitragsprimat)

1.3 Verpflichtender Arbeitgeberzuschuss (nur bei Entgeltumwandlung oder Mischfinanzierung):

- Pauschal (gehaltsunabhängig) in Höhe von \_\_\_\_\_ % des Umwandlungsbetrages  
 Pauschal (gehaltabhängig – konst. Gesamtbeitrag) in Höhe von \_\_\_\_\_ % des Umwandlungsbetrages  
 kein Zuschuss  \_\_\_\_\_

\* Monatliche Beitragszahlung ist nur bei Erteilung einer Einzugsermächtigung möglich.

## 2. Vereinbarungen zur Direktversicherung

### 2.1a) Direktversicherung mit Rentenzahlung:

Es wird vereinbart, dass die Versicherung während der Rentenzahlung in der Weise am Überschuss beteiligt ist, dass die Rente jährlich zum Jahrestag des Beginns der Rentenzahlung um eine Zusatzrente zu der laufenden Rente erhöht wird. Die Zusatzrente ist wie die Hauptversicherung am Überschuss beteiligt. Sollte anstelle der Zusatzrente die Gewinnverwendungsart „Überschussrente“ oder „kombinierte Überschussrente“ gewünscht sein, können die aus den laufenden Überschüssen im Rentenbezug finanzierten Leistungen nicht garantiert werden. Nicht nur die jährlichen Erhöhungen, sondern auch die bereits erreichte Überschussrente können niedriger ausfallen. Es kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass bei einer leistungsorientierten Leistungszusage die Anpassungsprüfungspflicht des Arbeitgebers nach § 16 Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrentengesetz – BetrAVG) entfällt. Vielmehr ist die Anpassungsprüfungspflicht nach § 16 BetrAVG gesondert vom Arbeitgeber zu prüfen.

b) Für die Berufsunfähigkeitsvorsorge – sofern eingeschlossen – gilt entsprechend Abänderung BBV1 der Versicherungsbedingungen E5 (FP): „Die Überschussanteile erhöhen die Beteiligung am Überschuss des Grundbausteins.“

c) Die Abtretung oder Beleihung des unwiderruflichen Bezugsrechts durch den Arbeitnehmer ist ausgeschlossen, ohne dass es einer Bestätigung durch den Versicherer bedarf.

d) Erhöhung des Beitrags höchstens bis:

4 % der BGG

8 % der BGG

Es wird der maximal mögliche Höchstbeitrag am Versicherungsbeginn vereinbart.

ja  nein

Hinweis: Bei nicht-monatlicher Zahlungsweise (viertel- / halbjährlich bzw. jährlich) muss der Beitrag noch in dem Jahr, dem er steuerlich zugeordnet werden soll, bei dem federführenden Versicherungsunternehmen eingehen.

e) Ergänzende Regelung für InvestFlex mit Garantie:

Die versicherte Person wird bis auf Widerruf für die Dauer des Arbeitsverhältnisses bevollmächtigt, ohne Mitwirkung des Arbeitgebers (= Versicherungsnehmer) die Aufteilung der künftigen Anlagebeträge zu ändern, Anteileneinheiten (an Fonds bzw. an Fonds aus Anlagestrategien) umzuschichten oder ein aktives Ablaufmanagement) zu wählen.

Die diesbezügliche Korrespondenz (u. a. jährliche Standortmitteilung, Angebots- und Bestätigungsbriefe zur Aufteilung künftiger Anlagebeträge bzw. zur Umschichtung von Anteileneinheiten oder Angebotsschreiben für das aktive Ablaufmanagement) erfolgt ausschließlich an die versicherte Person.

### 2.2 Versicherungsnehmer-Wechsel bei Ausscheiden des Arbeitnehmers (Gilt nicht für Versicherungen mit einmaliger Beitragszahlung.)

Der Arbeitgeber überträgt die Versicherungsnehmer-Eigenschaft auf den Arbeitnehmer für den Fall, dass er nach Unverfallbarkeit seiner Versorgungsanswartschaft im Sinne von § 1 b BetrAVG aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet oder dass er zu diesem Zeitpunkt ein uneingeschränktes unwiderrufliches Bezugsrecht hinsichtlich aller Versicherungsleistungen besitzt. Die Möglichkeit des Arbeitgebers, über die Rechte aus der Versicherung bis dahin zu verfügen, ist hierdurch nicht beeinträchtigt.

Der Versicherungsnehmer-Wechsel ist dem Versicherer gegenüber erst dann wirksam, wenn der Arbeitgeber ihm die Beendigung des Arbeitsverhältnisses anzeigt.

Wird die Versicherung direkt oder zu einem späteren Zeitpunkt beim neuen Arbeitgeber weitergeführt, stimmt der Arbeitgeber auch der Übernahme der von ihm erteilten Versorgungszusage durch den neuen Arbeitgeber zu.

### 2.3 Bezugsrechtsverfügung (Es gilt das auf Seite 8 genannte Bezugsrecht.)

Unwiderrufliches Bezugsrecht ohne Vorbehalt (Standard bei Entgeltumwandlung)

Unwiderrufliches Bezugsrecht mit Vorbehalt (Standard bei Arbeitgeberfinanzierung)

Unwiderrufliches Bezugsrecht mit und ohne Vorbehalt (Standard bei Mischfinanzierung)

Beitragszahlung in entgeltlosen Dienstzeiten  ja  nein (nur bei Arbeitgeberfinanzierung)

### 2.4 Meldepflicht Es besteht Meldepflicht zur Direktversicherung. (Erläuterungen siehe Seite 8)

### 2.5 GmbH Bei Versicherungsnehmer = GmbH und versicherter Person = Geschäftsführer siehe Hinweis auf Seite 8.

### 2.6 Erhöhung Bei Erhöhung einer bestehenden Direktversicherung (Altzusage) nach § 40b EStG ist der Vordruck GV--P0178Z0 erforderlich.

### 2.7 Vervielfältiger anlässlich des Ausscheidens

Bei Beantragung eines Vervielfältigers bitte auswählen:

Die Besteuerung der Beiträge erfolgt nach § 3 Nr. 63 EStG

Die Besteuerung der Beiträge erfolgt nach § 40 b EStG

### Nebenabreden (Mündliche Abreden sind für die Versicherer nicht verbindlich.)

Wiederanlage zu Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

### Informationen für Versorgungsanwärter und -empfänger in der betrieblichen Altersversorgung (VAG-InfoV)

Entscheiden sich die Mitarbeiter für eine Entgeltumwandlung, so müssen sie vorab über „Informationen vor Beitritt zu einem Altersversorgungssystem (VAG-InfoV)“ informiert sein. Diese sind online zusammengestellt. Bitte unterstützen Sie uns, dieser gesetzlichen Informationsverpflichtung nachzukommen und weisen die Mitarbeiter in geeigneter Weise auf den Link [www.firmenonline.de/dokumente-presseversorgung](http://www.firmenonline.de/dokumente-presseversorgung) und die dort zu findenden Informationen hin.

### Zielmarkt (nur vom Vermittler auszufüllen)

Der Verkauf erfolgt innerhalb des Zielmarktes  ja  nein

Falls nein, Begründung: \_\_\_\_\_

### Kommunikationsdaten / Meine Allianz – für die Nutzung digitaler Services

Mit der Angabe der E-Mail-Adresse und der Mobiltelefonnummer haben Sie nachfolgende Vorteile:

**Einfache Kommunikation** mit Ihrem Versorgungswerk der Presse und Ihrem federführenden Versicherungsunternehmen sowie noch schnellere Bearbeitung Ihrer Vertrags- und Leistungsanliegen.

Zusätzliche Registrierung für das Kundenportal „Meine Allianz“ mit weiteren Vorteilen möglich.

E-Mail: \_\_\_\_\_

Mobiltelefonnummer: \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass Sie mit den **Kunden-Kommunikationsdaten** die **Registrierung** für „Meine Allianz“ veranlassen.

Der Antragsteller erhält hierzu nach Abschluss des Vertrages eine separate E-Mail für die „Meine Allianz“ Registrierung.

Ich bestätige, dass ich die **Kommunikationsdaten bewusst nicht angeben werde. Damit verzichte ich auf die Möglichkeit, Vertragsänderungen digital durchzuführen** und Produkt- und Vertragsinformationen jederzeit digital abzurufen.

## A. Erklärungen

**A. 1.** Hiermit beantrage ich den Abschluss der erfassten Versicherung(en). Die für den Abschluss des/der Vertrages/Verträge erforderlichen Angaben habe ich gegenüber dem Vermittler gemacht.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes bin ich einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt.

**A. 2.** Ich gebe folgende Erklärungen zur Datenverarbeitung ab:

## Erklärungen zur Datenverarbeitung:

### I. Einwilligung in die Verwendung von der Schweigepflicht geschützter Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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 (im Folgenden „das federführende Versicherungsunternehmen“), 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.

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 zur 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 federführenden Versicherungsunternehmens.

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

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 aktuelle Liste kann auf unserer Internetseite unter [www.allianz.de/dienstleister-leben/](http://www.allianz.de/dienstleister-leben/) eingesehen oder bei der Presse-Versorgung, 11512 Berlin oder unter [kontakt@presse-versorgung.de](mailto:kontakt@presse-versorgung.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 Leistungs- oder Leistungsantrag dem Rückversicherer vorlegen. Das ist insbe-

sondere 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 das federführende Versicherungsunternehmen 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 das federführende Versicherungsunternehmen 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 das federführende Versicherungsunternehmen tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

## II. Für bestimmte Produkte benötigen wir folgende weitere Erklärungen zur Datenverarbeitung

**Wirtschaftsauskunft** (in Einzelfällen bei einer beantragten Leistung von mehr als 400.000 Euro oder einer Jahresrente von mehr als 30.000 Euro)

**Ich willige jederzeit widerrufbar ein**, dass das federführende Versicherungsunternehmen zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Vertragsverhältnisses Wirtschaftsauskünfte (z. B. zum Zahlungsverhalten) bei CRIF GmbH oder Wirtschaftsauskunftei Reinald Desbalmes GmbH (nachfolgend „Auskunftei“) einholt.

Dabei kann die Auskunftei des federführenden Versicherungsunternehmens ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren mitteilen (Score-Verfahren). Zur Identifikation werden Namen, Anschrift und Geburtsdatum an die Auskunftei übermittelt.

**Zu dem genannten Zweck entbinde ich** die Mitarbeiter des federführenden Versicherungsunternehmens und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe meiner von der Schweigepflicht geschützten Daten an die Auskunftei von ihrer Schweigepflicht.

#### Erklärungen der zu versichernden Person(en) oder des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person(en)

Ich gebe hiermit für mich bzw. für die zu versichernde(n) Person(en) die vom Antragsteller bzw. Versicherungsinteressenten abgegebenen Erklärungen zur Datenverarbeitung ab.

## B. Hinweise

### Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen werden Ihr Antrag, der Versicherungsschein sowie die Ihnen übermittelten Versicherungsbedingungen.

### Widerrufsrecht

Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht sowie die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

### Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz

Nach dem Geldwäschegesetz (GwG) ist das federführende Versicherungsunternehmen verpflichtet, bei der Begründung der Kundenbeziehung die Identität ihres Vertragspartners festzustellen. Darüber hinaus hat das federführende Versicherungsunternehmen den wirtschaftlich Berechtigten zu identifizieren. Wirtschaftlich Berechtigter ist grundsätzlich die natürliche Person, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Vertragspartner letztlich steht. Es kann auch mehrere wirtschaftlich Berechtigte geben.

## Information zur Verwendung Ihrer Daten

Versicherung, Vorsorge und Vermögensbildung sind Vertrauenssache. Daher ist es für uns sehr wichtig, Ihre Persönlichkeitsrechte zu respektieren. Das gilt insbesondere für den Umgang mit Ihren persönlichen Daten.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die Allianz Lebensversicherungs-AG (im Folgenden „das federführende Versicherungsunternehmen“), die Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

Allianz Lebensversicherungs-AG  
10850 Berlin  
Telefon: 08 00.4 10 01 04  
E-Mail: lebensversicherung@allianz.de

Alternativ können Sie sich auch an nachstehende Adresse wenden:

Presse-Versorgung  
11512 Berlin  
E-Mail: kontakt@presse-versorgung.de

### Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (im Folgenden „Daten“) nicht möglich.

Beantragen Sie Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen gemachten Angaben und ggf. ergänzende Angaben Dritter, um das von uns zu übernehmende Risiko einschätzen zu können. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir Ihre Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Prüfung des fristgerechten Forderungsausgleichs. Kommt der Vertrag nicht zustande, speichern wir Ihre Daten, einschließlich Gesundheitsdaten und ggf. vorliegenden genetischen Daten<sup>1</sup>, drei volle Kalenderjahre für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um den Eintritt und den Umfang des Versicherungsfalles sowie ggf. den Eintritt und die Abwicklung von Regressforderungen prüfen zu können. Die Daten nutzen wir weiterhin für eine Betrachtung und Pflege der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise für die Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder für umfassende Auskunftserteilungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Daten zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben, zur Geschäftssteuerung oder zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife und Produkte sowie zu deren Kalkulation.

Wir verarbeiten Ihre Daten aufgrund der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen der am 25.05.2018 wirksam werdenden EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich das federführende Versicherungsunternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die gesetzliche Anforderungen für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter [www.allianz.de/datenschutz](http://www.allianz.de/datenschutz) abrufen oder unter [kontakt@presse-versorgung.de](mailto:kontakt@presse-versorgung.de) anfordern.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt für vorvertragliche Maßnahmen und zur Erfüllung Ihres Vertrages. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie Gesundheitsdaten oder genetische Daten<sup>1</sup>, erforderlich sind, benötigen wir grundsätzlich Ihre Einwilligung, es sei denn, es liegen die Voraussetzungen eines gesetzlichen Tatbestandes vor, z. B. bei der Erstellung von Statistiken.

<sup>1</sup> Wir verwenden grundsätzlich keine genetischen Daten, es sei denn es wird eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart und es wurde bereits eine genetische Untersuchung oder Analyse vorgenommen.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, wenn es erforderlich ist, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere der Fall sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten insbesondere durch Datenanalysen zur Missbrauchsbekämpfung,
- für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte des federführenden Versicherungsunternehmens, der Unternehmen der Allianz Deutschland Gruppe und deren Kooperationspartner. Dabei betrachten wir Aspekte, wie das von Ihnen bei uns gehaltene Produktportfolio und ihre persönliche Situation, um Ihnen individuell passende Produktempfehlungen geben zu können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungs- und Nachweispflichten oder obliegender Beratungspflichten).

### Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

**Vermittler:**  
Der selbstständige Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, mit welchem Inhalt der Vertrag geschlossen wurde und dabei auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Darüber hinaus übermitteln wir die zur Betreuung Ihrer Versicherungsverträge benötigten Daten an den zuständigen Vermittler, der diese zu Beratungszwecken verarbeitet.

Spezialisierte Unternehmen der Unternehmensgruppe des federführenden Versicherungsunternehmens sowie externe Dienstleister:  
Spezialisierte Unternehmen der Unternehmensgruppe des federführenden Versicherungsunternehmens nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen in gemeinsam nutzbaren Verfahren wahr. Daten von Antragstellern und Versicherten können in zentralisierten Verfahren wie Telefonate, Post, Inkasso von diesen Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden.

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten auch externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, sowie der Unternehmen der Unternehmensgruppe des federführenden Versicherungsunternehmens, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie der Übersicht auf unserer Internetseite unter [www.allianz.de/dienstleister-leben/](http://www.allianz.de/dienstleister-leben/) entnehmen oder unter [kontakt@presse-versorgung.de](mailto:kontakt@presse-versorgung.de) anfordern.

### Rückversicherer:

Einige der von uns übernommenen Risiken versichern wir zusätzlich bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Sollte ein Rückversicherer in Ihrem Fall involviert sein, werden Sie eigens informiert. Zudem ist es in Einzelfällen möglich, dass der Rückversicherer das federführende Versicherungsunternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung unterstützt.

### Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre Daten an weitere Empfänger übermitteln, z. B. an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten.

### Dauer der Datenspeicherung

Grundsätzlich löschen wir Ihre Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Wir bewahren Ihre Daten für die Zeit auf, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch sowie der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn volle Jahre.

### Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten sowie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

### Widerspruchsrecht

Sie können einer Verarbeitung Ihrer Daten zu Zwecken der Direktwerbung widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen.

Den Datenschutzbeauftragten des federführenden Versicherungsunternehmens erreichen Sie unter der oben genannten Adresse, mit dem Zusatz „An den Datenschutzbeauftragten“.

Daneben haben Sie die Möglichkeit, sich an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Behörde ist:  
Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Baden-Württemberg in Stuttgart.

#### **Datenaustausch mit den von Ihnen im Antrag benannten Versicherern**

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von Daten mit den von Ihnen im Antrag benannten Versicherern erfolgen.

#### **Wirtschaftsauskünfte**

Soweit erforderlich, erheben wir Informationen nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung.

#### **Datenübermittlung in ein Drittland**

Sollten wir nach dem 25.05.2018 Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Diese können Sie dann im Internet unter [www.allianz.de/datenschutz](http://www.allianz.de/datenschutz) abrufen oder unter [kontakt@presse-versorgung.de](mailto:kontakt@presse-versorgung.de) anfordern.

#### **Automatisierte Einzelfallentscheidungen**

In der Risikoprüfung werden automatisierte Verfahren zur Einschätzung individueller Risiken genutzt. Auf Basis Ihrer Angaben bei Antragstellung wird dann automatisiert entschieden, zu welchen Bedingungen Versicherungsschutz geboten werden kann, wie z. B. über mögliche Risikoabschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Die automatisierten Entscheidungen beruhen auf von dem federführenden Versicherungsunternehmen vorher festgelegten Regeln zur Prüfung und Gewichtung der Informationen.

Dabei ist das Ergebnis der Risikoprüfung auf das jeweilige Produkt abgestimmt mit folgenden Prüfungsergebnissen:

- ohne Erschwernis oder
- mit Risikozuschlag und/oder
- mit Leistungsausschluss oder
- nicht versicherbar oder
- Prüfung im Innendienst.

Die Annahmeentscheidungen sind auf statistische Datenmodelle und Expertenwissen gestützt, die kontinuierlich weiterentwickelt werden und die Basis unserer Risikoprüfung bilden.



## Direktversicherung mit Garantiekapital bei Erleben und Hinterbliebenenrente, vom Arbeitgeber finanziert

Aus der Versicherung sind Sie unter nachfolgenden Vorbehalten hinsichtlich sämtlicher Leistungen unwiderruflich bezugsberechtigt.

Wir haben das Recht, alle künftig fällig werdenden Versicherungsleistungen für uns in Anspruch zu nehmen, wenn das Arbeitsverhältnis vor Eintritt des Versicherungsfalles endet und Sie zu diesem Zeitpunkt noch keine unverfallbare Anwartschaft gemäß 1b des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG) haben.

Unverfallbar ist Ihre Anwartschaft dann, wenn Sie im Zeitpunkt des Ausscheidens das 21. Lebensjahr vollendet haben und die Versicherung 3 Jahre bestanden hat.

Wir können die Versicherung während der Dauer des Arbeitsverhältnisses mit Zustimmung des federführenden Versicherungsunternehmens und Ihrer Zustimmung beleihen. Bei Eintritt des Versicherungsfalles werden wir Sie jedoch so stellen, als ob die Beleihung nicht erfolgt wäre.

Werden bei Ihrem Tod aus der Versicherung Leistungen fällig, so ist/sind widerruflich bezugsberechtigt

- bei Einschluss der Witwen-/Witwerrente die mitversicherte Person, ansonsten:
- falls nicht vorhanden, der Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- falls nicht vorhanden, Ihre Kinder im Sinne des § 32 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 1 Nr. 1–3 EStG; sofern sie auch im Falle des § 32 Absatz 4 Satz 1 Nr. 3 EStG das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- falls nicht vorhanden, Ihr von uns vor Eintritt des Versicherungsfalles dem federführenden Versicherungsunternehmen namentlich benannter Lebensgefährte, der die in den Versicherungsbedingungen genannten Leistungsvoraussetzungen erfüllt,
- falls nicht vorhanden, Ihr von uns vor Eintritt des Versicherungsfalles dem federführenden Versicherungsunternehmen namentlich benannter gleichgeschlechtlicher Lebenspartner einer nicht eingetragenen Lebenspartnerschaft, der die in den Versicherungsbedingungen genannten Leistungsvoraussetzungen erfüllt,
- falls keine der vorstehend genannten Angehörigen vorhanden sind und eine Leistung **als Sterbegeld** gezahlt wird, die dem federführenden Versicherungsunternehmen von uns mit Ihrem Einvernehmen benannten Berechtigten, falls nicht vorhanden, Ihre Erben.

Sämtliche Bezugsrechte sind nicht übertragbar und nicht beleihbar.

Die Versicherungsleistungen können von dem federführenden Versicherungsunternehmen über uns an Sie bzw. die ggf. bezugsberechtigte(n) Person(en) ausgezahlt werden.

## Bezugsrecht zu Gunsten der versicherten Person (Arbeitnehmer) und der Hinterbliebenen

### – Unwiderrufliches Bezugsrecht ohne Vorbehalt

Bedeutet: Aus der Versicherung sind Sie hinsichtlich sämtlicher Leistungen unwiderruflich bezugsberechtigt. Ihre Anwartschaften sind damit sofort unverfallbar.

### – Unwiderrufliches Bezugsrecht mit Vorbehalt

Bedeutet: Aus der Versicherung sind Sie unter nachfolgendem Vorbehalt hinsichtlich sämtlicher Leistungen unwiderruflich bezugsberechtigt.

Wenn das Arbeitsverhältnis vor Eintritt des Versicherungsfalles endet und Sie zu diesem Zeitpunkt noch keine unverfallbare Anwartschaft haben, haben wir das Recht, alle künftig fälligen werdenden Versicherungsleistungen für uns in Anspruch zu nehmen. Unverfallbar ist Ihre Anwartschaft dann, wenn Sie im Zeitpunkt des Ausscheidens das 21. Lebensjahr vollendet haben und die Versicherung 3 Jahre mit uns als Versicherungsnehmer bestanden hat.

### – Unwiderrufliches Bezugsrecht mit und ohne Vorbehalt

Bedeutet: Aus der Versicherung sind Sie unter nachfolgendem Vorbehalt hinsichtlich sämtlicher Leistungen unwiderruflich bezugsberechtigt.

Wenn das Arbeitsverhältnis vor Eintritt des Versicherungsfalles endet und Sie zu diesem Zeitpunkt noch keine unverfallbare Anwartschaft haben, haben wir, soweit die Versicherungsleistungen auf Beiträgen beruhen, die **arbeitgeberfinanziert** sind **und** die **von uns als Versicherungsnehmer** entrichtet worden sind, das Recht, die künftig fällig werdenden Versicherungsleistungen für uns in Anspruch zu nehmen. Unverfallbar ist Ihre Anwartschaft dann, wenn Sie im Zeitpunkt des Ausscheidens das 21. Lebensjahr vollendet haben und die Versicherung 3 Jahre mit uns als Versicherungsnehmer bestanden hat.

Je nach gewähltem Tarif **können** bei Ihrem Tod aus der Versicherung Leistungen fällig werden.

Sind mitversicherte Personen vorhanden und erfüllen diese die in den Bedingungen genannten Voraussetzungen, erhalten diese die Versicherungsleistungen. Das Bezugsrecht ist widerruflich.

Sind keine mitversicherten Personen vorhanden und werden die Leistungen fällig, sind folgende Personen in der hier vorgegebenen Reihenfolge widerruflich bezugsberechtigt:

- der zum Todeszeitpunkt mit Ihnen in gültiger Ehe lebende Ehegatte bzw. der Partner einer eingetragenen Lebensgemeinschaft;
- falls nicht vorhanden, Ihre Kinder im Sinne des § 32 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 1 Nr. 1–3 EStG;
- falls nicht vorhanden, Ihr von uns mit Ihrem Einvernehmen vor Eintritt des Versicherungsfalles dem federführenden Versicherungsunternehmen benannte Lebensgefährte bzw. gleichgeschlechtliche Lebenspartner, der die in den Versicherungsbedingungen genannten Leistungsvoraussetzungen erfüllt;
- falls keine der vorstehend genannten Personen vorhanden sind und eine Leistung **als Sterbegeld** gezahlt wird, der dem federführenden Versicherungsunternehmen von uns mit Ihrem Einvernehmen benannte Berechtigte, falls nicht vorhanden, Ihre Erben.

Sämtliche Bezugsrechte sind nicht übertragbar und nicht beleihbar.

Die Versicherungsleistungen können im Leistungsfall von dem federführenden Versicherungsunternehmen über uns an Sie bzw. die bezugsberechtigten Person(en) ausgezahlt werden.

## Meldepflicht des Arbeitgebers zu Direktversicherungen

Nach § 11 Abs. 1 BetrAVG ist eine Direktversicherung dem Pensions-Sicherungs-Verein auf Gegenseitigkeit (PSVaG) zu melden.

Der PSVaG bittet jedoch, dass die Meldung erst dann abgegeben wird, wenn

- a) bei Direktversicherungen mit widerruflichem Bezugsrecht: erstmals die Versicherung unverfallbar geworden ist;
- b) bei Versicherungen mit unwiderruflichem Bezugsrecht: erstmals die Versicherung, bei der die Unverfallbarkeitsvoraussetzungen vorliegen, durch den Arbeitgeber beleihen oder an Dritte abgetreten ist.

Bei Meldepflicht nach Buchstaben a) oder b) erhalten Sie von uns jährlich eine Bescheinigung, abgestellt auf den 31. Dezember.

Wir setzen voraus, dass eine etwaige Abtretung oder Beleihung uns angezeigt ist.

Der Bescheinigung können Sie die Angaben entnehmen, die Sie für Ihre Meldung an den PSVaG benötigen.

## Versicherte Person = GmbH – Gesellschafter-Geschäftsführer

Bei der Unterschrift des Antragstellers (Vers.-Nehmer) ist darauf zu achten, dass die versicherte Person nicht allein als Vertretungsberechtigter der Firma unterschreibt. Die Vereinbarungen in Ziffer 2.2 und 2.3 wären in diesem Fall nur rechtswirksam, wenn der Unterzeichner von dem Verbot, einen Vertrag mit sich selbst abzuschließen (§ 181 BGB), befreit ist. Diese Voraussetzung muss dem federführenden Versicherungsunternehmen spätestens bei Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis nachgewiesen werden. Die Erteilung und Änderung der Versicherungszusage gegenüber dem Gesellschafter-Geschäftsführer bedarf eines Gesellschafterbeschlusses, soweit keine andere Zuständigkeit (z. B. nach Gesetz oder Satzung) bestimmt ist.



## C. SEPA-Lastschriftmandat

**Federführendes Versicherungsunternehmen** Allianz Lebensversicherungs-AG  
10850 Berlin

**Gläubiger-Identifikationsnummer** DE07ZZZ00000063475

**Mandatsnummer** Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit.

**Antragsnummer / Vertragsnummer** \_\_\_\_\_

**Wir ermächtigen** das federführende Versicherungsunternehmen, alle Forderungen zu diesem Vertrag (insbesondere Beiträge, Zinsen, Gebühren) bei Fälligkeit von unserem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Ermächtigung gilt auch für künftig vereinbarte Änderungen zu diesem Vertrag (z. B. Abschluss weiterer Versicherungsbausteine).

Unser Geldinstitut **weisen wir an**, die Lastschriften des federführenden Versicherungsunternehmens einzulösen, die von unserem Konto eingezogen werden.

Der Lastschrifteinzug wird uns spätestens zwei Bankarbeitstage 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 tragen Sie alle Angaben in Großbuchstaben auf die vorgegebenen Linien ein. Zusätzliche handschriftliche Vermerke können wir leider nicht berücksichtigen.)*

### Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
Name der Firma

### Kontoinhaber (wenn nicht Versicherungsnehmer)

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

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

### Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
IBAN

IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

BIC

### Konto für Einzahlungen von Einmalbeiträgen

Commerzbank AG, Stuttgart

IBAN DE96600800000900561400  
BIC DRESDEFF600

Bitte auf dem Überweisungsträger unbedingt vermerken:  
Vorname und Name der versicherten Person, Geburts-  
datum und Postleitzahl.

## SEPA-Lastschriftmandat

Wir erteilen dem federführenden Versicherungsunternehmen ein SEPA-Lastschriftmandat mit dem auf der vorherigen Seite beschriebenen Inhalt.

Ort, Datum

Unterschrift des **Kontoinhabers**

### D. Unterschriften (Bitte mit Name und Vorname.)

- Mit der Unterschrift gebe ich die unter **A. aufgeführten Erklärungen einschließlich der Erklärungen zur Datenverarbeitung** ab. Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. **Die Hinweise unter B. habe ich zur Kenntnis genommen.** Die Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen.

**Bitte beachten Sie**, dass Sie Ihren **Versicherungsschutz gefährden**, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Ausführliche Hinweise zu Ihren Anzeigepflichten und den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in den **Versicherungsbedingungen** (Teil B – Pflichten für alle Bausteine) bzw. in der **"Wichtige[n] Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz"**.

Ort/Datum

**Arbeitgeber** (Versicherungsnehmer)

**Zu versichernde Person**

**Gesetzlicher Vertreter** (einer minderjährigen VP) oder **mitzuversichernde Person**

**Beitragszahler** (soweit nicht identisch mit Arbeitgeber und kein SEPA-Lastschriftmandat vorliegt)

**Vermittler**

### E. Empfangsbestätigung

- Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen erhalten und zur Kenntnis genommen:
  - **Fragen und Angaben zu gefahrerheblichen Umständen zu den von mir beantragten Versicherungen einschließlich der Wichtigen Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (nur bei Einschluss einer Berufsunfähigkeits- oder Hinterbliebenenvorsorge oder einer RisikoLebensversicherung) in Papierform**
  - **Versicherungsinformationen**
  - **Versicherungsbedingungen**
  - **Informationsblätter zu den ausgewählten Fonds**
  - **Informationsblatt InvestFlex**

Unterschrift **Arbeitgeber**