



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

Lebensversicherung Privat

Antrag auf Abschluss einer

SofortRente

BerufsunfähigkeitsPolice

BerufsunfähigkeitsStartPolice

PflegeRente

Rückdeckungsversicherung

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

- SofortRente**
- ergänzenden BerufsunfähigkeitsPolice zur Lebens-/Rentenversicherung Nr.** _____
- BerufsunfähigkeitsPolice**
- BerufsunfähigkeitsStartPolice**
- PflegeRente**
- Rückdeckungsversicherung (FIR)**

Interne Vermerke
 S V

Persönliche Daten

Antragsteller

(Versicherungsnehmer)

 Firma Herr Frau Anredezusätze _____

Firma u. Rechtsform _____

Zuname, Vorname _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ/Ort, Wohnland _____ - _____

Straßen-, Ortszusatz _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Geburtsland _____

Geburtsname+ _____

Staatsangehörigkeit _____

Hinweis: Gibt es neben dem Vertragspartner ggf. eine für ihn **aufretende Person** (z. B. aufgrund einer Einzelvollmacht) **oder** ist der Vertragspartner eine **juristische Person**, dann verwenden Sie bitte das **Formular GV---0051Z0***.

Ausweisdaten*

 Personalausweis Reisepass elektronischer Aufenthaltstitel

Ausweisnummer _____

Ausstellungsdatum _____ Gültig bis (Ablaufdatum) _____

ausstellende Behörde _____

Eine **Kopie des Identifizierungsdokuments** ist diesem Antrag beizufügen.

Telefon+ _____

E-Mail+ _____

Derzeitige berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)* _____

Bitte machen Sie auf dem Formular „FRAGEN UND ANGABEN ZU GEFAHRERHEBLICHEN UMSTÄNDEN“ E---P0108Z0, E---P0109Z0, E----0127Z0 bzw. E---P0122Z0 genauere Angaben zu Ihrer beruflichen Tätigkeit sowie zu Ihren Gesundheitsverhältnissen und geben Sie dort bitte Ihre Schweigepflichtenbindungserklärung ab, wenn die beantragte Versicherung eine Hinterbliebenen-, Berufsunfähigkeits- oder Pflegevorsorge umfasst. Bitte nutzen Sie das E---P0109Z0, wenn eine Berufsunfähigkeitsrente mit beantragt ist. Für Schüler nutzen Sie bitte das Formular E----0127Z0, wenn eine Berufsunfähigkeitsrente beantragt ist. Für die PflegeRente verwenden Sie bitte das Formular E---P0108Z0.

Nur ausfüllen, wenn der Antragsteller (Versicherungsnehmer) nicht selbst die zu versichernde Person ist.

Zu versichernde Person

 Herr Frau Anredezusätze _____

Zuname, Vorname _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ/Ort, Wohnland _____ - _____

Straßen-, Ortszusatz _____

Telefon+ _____

E-Mail+ _____

Derzeitige berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)* _____

Diensteintrittsdatum (nur bei FIR) _____

Bitte machen Sie auf dem Formular „FRAGEN UND ANGABEN ZU GEFAHRERHEBLICHEN UMSTÄNDEN“ E---P0108Z0, E---P0109Z0, E----0127Z0 bzw. E---P0122Z0 genauere Angaben zu Ihrer beruflichen Tätigkeit sowie zu Ihren Gesundheitsverhältnissen und geben Sie dort bitte Ihre Schweigepflichtenbindungserklärung ab, wenn die beantragte Versicherung eine Hinterbliebenen-, Berufsunfähigkeits- oder Pflegevorsorge umfasst. Bitte nutzen Sie das E---P0109Z0, wenn eine Berufsunfähigkeitsrente mit beantragt ist. Für Schüler nutzen Sie bitte das Formular E----0127Z0, wenn eine Berufsunfähigkeitsrente beantragt ist. Für die PflegeRente verwenden Sie bitte das Formular E---P0108Z0.

Mitversichernde Person (Bei Einschluss von Hinterbliebenenrente.)

 Herr Frau Zuname, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift wie Antragsteller, falls abweichend bitte unter Nebenabreden vermerken.

Immobilienfinanzierung (vereinfachte Risikoprüfung bei der Arbeitskraftsicherung¹)

Handelt es sich um die Finanzierung eines Immobilien-Neuerwerbs mit Darlehensbeginn² innerhalb der letzten sechs Monate? jaHandelt es sich um die Finanzierung eines Arztpraxis-Neuerwerbs mit Darlehensbeginn² innerhalb der letzten sechs Monate? ja

In diesen Fällen können wir Ihnen unter folgenden Voraussetzungen eine vereinfachte Risikoprüfung anbieten:

- Die beantragte Berufsunfähigkeitsrente beträgt garantiert maximal 1.500 EUR monatlich (inkl. Vorversicherungen mit reduzierter Risikoprüfung)
- Ihr Eintrittsalter beträgt maximal 45 Jahre

Wenn Sie diese Voraussetzungen erfüllen, geben Sie uns bitte auf dem Formular E----0125Z0 weitere Informationen zu Ihrem Beruf und Ihren Gesundheitsverhältnissen.

*Freiwillige Angabe.

*Nicht erforderlich bei Abschluss einer selbstständigen oder ergänzenden BerufsunfähigkeitsPolice, BerufsunfähigkeitsStartPolice oder PflegeRente.

** Wenn der Beruf den Abschluss über die Presse-Versorgung nicht zulässt, bitte unter **Nebenabreden** angeben, weshalb der zu Versichernde trotzdem zum berechtigten Personenkreis gehört.¹ Selbstständige oder Ergänzende Berufsunfähigkeitsversicherung oder BerufsunfähigkeitsStartPolice.² Darlehensbeginn ist das Unterschriftsdatum auf dem Darlehensvertrag.

PESVA02446

Daten der Versicherung

Dem Antrag ist zwingend das Vorschlagsdokument (mit dem zugehörigen Basisinformationsblatt) beizufügen.

Hinweis: Das Vorhandensein eines Basisinformationsblattes ist abhängig von dem ausgewählten Tarif.

Tarifbezeichnung _____

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

Zuwachs

Es wird – soweit möglich – der dynamische Zuwachs von Leistung und Beitrag (bei der BerufsunfähigkeitsStartPolice zu Beginn des 9. Versicherungsjahres) beantragt.

Wenn kein Zuwachs gewünscht wird, bitte ankreuzen ohne Zuwachs.

(Bei der PflegeRente ist kein Zuwachseinschluss möglich.)

Abweichender Tarifbereich

Es handelt sich um eine ergänzende Privatvorsorge zur bAV (nur BU)

Für den Arbeitgeber besteht folgender Gruppenvertrag in der betrieblichen Altersversorgung:

Gruppenvertragspartner: _____

Gruppenvertragsnummer: _____

Vertragsnummer ergänzende Privatvorsorge: _____

Tarifbereich _____ (nach Abstimmung mit dem Anbahnungsmanager)

1. Altersvorsorge (und ggf. Hinterbliebenenvorsorge ab Rentenbeginn):

Presse SofortRente

SofortRente – Rente mit sofort beginnender Rentenzahlung

Lebenslange Garantierente nachschüssig vorschüssig _____ EUR

Leistungen bei Tod während des Rentenbezugs (Nicht ausfüllen, wenn Hinterbliebenenrente ab Rentenbeginn vereinbart ist.)

Rückzahlung des Einmalbeitrags abzüglich bereits gezahlter Gesamrenten oder

Todesfallleistung in Höhe der 5-fachen oder der _____-fachen jährlichen Garantierente abzüglich bereits gezahlter Garantierenten

Hinterbliebenenrente ab Rentenbeginn

Lebenslange Garantierente _____ EUR

Todesfallleistung ab Rentenbeginn bei Tod der zuletzt lebenden Person

Einmaliges Garantiekapital von _____ EUR abzüglich

_____ EUR für jeden abgelaufenen Rentenzahlstermin

Überschussbeteiligung während des Rentenbezugs:

Überschussrente oder Kombinierte Überschussrente oder Zusatzrente

Einmalbeitrag bei SofortRente> _____ EUR

2. Arbeitskraftsicherung: Presse (ergänzende) BerufsunfähigkeitsPolice/BerufsunfähigkeitsStartPolice

Berufsunfähigkeitsvorsorge Premium oder **Berufsunfähigkeitsvorsorge Komfort**

Beitragsbefreiung für diese Versicherung sowie eine Berufsunfähigkeitsrente von _____ EUR

Konstant oder jährlich steigend um 1% 2% 3% Ohne Karenzzeit oder Mit Karenzzeit von _____ Monaten

Überschussbeteiligung während der Beitragszahlung: Verrechnung Überschussrente Ansammlungsbonus³

Beitrag:> _____ EUR> abzgl. Sofortüberschussbeteiligung⁴ = zu zahlender Beitrag> _____ EUR

Pflegezusatzrente inkl. Pflegeanschlussoption

Pflegezusatzrente bei Pflegebedürftigkeit:

Die Höhe der gesamten Pflegezusatzrente entspricht bei Abschluss der vereinbarten gesamten Berufsunfähigkeitsrente. Die garantierte Pflegezusatzrente beträgt maximal 2.000 EUR monatlich.

Pflegeanschlussoption:

Nach Ablauf der Berufsunfähigkeitsvorsorge haben Sie die Möglichkeit ohne erneute Risikoprüfung eine selbstständige Pflegeversicherung zu den dann geltenden Konditionen bei der Presse-Versicherung abzuschließen. Dies ist auch zu bestimmten Zeitpunkten während der Versicherungsdauer möglich.

Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ihren Versicherungsbedingungen.

Beitrag:> _____ EUR> abzgl. Sofortüberschussbeteiligung⁴ = zu zahlender Beitrag> _____ EUR

Gesamtbeitrag:> _____ EUR> abzgl. Sofortüberschussbeteiligung⁴ = zu zahlender Beitrag> _____ EUR

(ergänzende) BerufsunfähigkeitsPolice/bei der BerufsunfähigkeitsStartPolice = Beitrag 1.–3. Jahr

Außerdem bei der BerufsunfähigkeitsStartPolice:

Jährliche Steigerung in der Aufbauphase 4.–8. Jahr> _____ EUR> abzgl. Sofortüberschussbeteiligung⁴

= zusätzlich zu zahlender Beitrag in jedem Jahr der Aufbauphase> _____ EUR

Gesamtbeitrag in der Endphase:> _____ EUR> abzgl. Sofortüberschussbeteiligung⁴ = zu zahlender Beitrag> _____ EUR

3. Pflegevorsorge: PflegeRente

Lebenslange Pflegerente _____ EUR

Erhöhung der Pflegerente um 1% 2% 3%

Kapitalzahlung bei Tod

Einmaliges Gesamtkapital in Höhe des Deckungskapitals für die Todesfallleistung zzgl. Erhöhungsbetrag

Weitere Erläuterungen hierzu entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.

Einmalbeitrag:> _____ EUR

³Ansammlungsbonus ist nur zur BerufsunfähigkeitsPolice und zur ergänzenden BerufsunfähigkeitsPolice möglich.

⁴Die Höhe der Sofortüberschussbeteiligung kann nur für das 1. Versicherungsjahr garantiert werden.

4. Rückdeckungsversicherung

- zur Absicherung einer bereits bestehenden Pensionszusage vom _____
- zur Absicherung einer neuen Pensionszusage (bitte beilegen)
- vom Arbeitgeber finanziert
- durch Entgeltumwandlung finanziert
- Achtung: Es ist eine separate Entgeltumwandlungsvereinbarung erforderlich.

Es wird folgendes Bezugsrecht verfügt:

Die Versicherungsleistung ist, im Erlebensfall bzw. zu Lebzeiten der versicherten Person und im Ablebensfall der versicherten Person, an den Versicherungsnehmer zu zahlen.

Steuer-Identifikationsnummer des Versicherungsnehmers/des Rentempfängers nur bei Sofortrente

Steuer-Identifikationsnummer

Die lebenslängliche Steuer-Identifikationsnummer finden Sie z. B. im letzten Steuerbescheid bzw. wurde vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilt. Die Angabe der Steuer-Identifikationsnummer ist bei der Datenübermittlung der im Rahmen der Sonderausgaben abziehbaren Beiträge an die Finanzbehörde erforderlich. Nach § 22a Einkommensteuergesetz sind wir verpflichtet, die zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) über Auszahlungen bestimmter Versicherungsleistungen zu informieren. Für diese Mitteilung an die ZfA ist die Steuer-Identifikationsnummer und das Geburtsdatum des Leistungsempfängers mitzuteilen. Wenn die Steuer-Identifikationsnummer nicht angegeben wird, wird diese in einem separaten Schreiben bzw. bei Einwilligung beim Bundeszentralamt für Steuern nachgefragt.

Hinweis

Bei Versicherungen zur Altersvorsorge mit einem einmaligen Beitrag oder mit einer Beitragszahlungsdauer von bis zu 9 Jahren oder mit einer Aufschubdauer von weniger als 10 Jahren verwenden wir in Bezug auf folgende Bausteine, welche über dieses Formular beantragt werden können, für einen bestimmten Zeitraum eigene Überschussanteilsätze:

- Bausteine zur Altersvorsorge (ausschließlich Sofortrente);
- Bausteine Kapital bei Tod;
- Bausteine Hinterbliebenenrente vor Rentenbeginn.

Diese Überschussanteilsätze können von den Überschussanteilsätzen abweichen, die wir im Geschäftsbericht der Versorgungswerk der Presse GmbH für die Untergruppe nennen, der Ihre Versicherung angehört.

Nähere Angaben zu den eigenen Überschussanteilsätzen und zu deren Höhe finden Sie in Ihren Versicherungsinformationen unter „Hinweise zu eigenen Überschussanteilsätzen“.

Inkasso

Zuname, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit und Anschrift des Beitragszahlers (nur ausfüllen, wenn der Beitragszahler nicht der Antragsteller/Versicherungsnehmer ist).

Beitragszahler _____

Ist der abweichende Beitragszahler eine **juristische Person** bitte die Erklärung GV---0051Z0 beifügen*.

Ausweisdaten* Personalausweis Reisepass elektronischer Aufenthaltstitel

Ausweisnummer _____

Ausstellungsdatum _____ Gültig bis (Ablaufdatum) _____

ausstellende Behörde _____

Die Beiträge werden bis auf Widerruf bei Fälligkeit gemäß den Angaben unter C. SEPA-Lastschriftmandat auf Seite 10 eingezogen.

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

Hinweis: Bei **Einmalbeiträgen** ab 250.000 EUR bzw. **Jahresbeiträgen** ab 60.000 EUR bitte das **Formular EV---4075Z0** zur Mittelherkunft beifügen.

Bei Zahlungsart Überweisung ist der Beitrag rechtzeitig (zum Beginntermin der Versicherung) auf das auf Seite 10 im Antrag genannte Konto zu überweisen.

Zusätzliche Identifikationsunterlagen*

– Kopie Ausweisdokument (zwingend beizufügen)

Erklärung nach dem Geldwäschegesetz

(Nicht erforderlich bei Abschluss einer selbstständigen oder ergänzenden BerufsunfähigkeitsPolice, BerufsunfähigkeitsStartPolice oder PflegeRente.)

- Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung oder die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu **nicht** von einem Dritten **beauftragt**.
- Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung oder die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf **fremde** Veranlassung. Ich wurde hierzu von einem Dritten beauftragt.

Identifizierung des wirtschaftlich Berechtigten

Der **Zessionar, Pfandgläubiger oder Auftraggeber** (Vertragspartner wurde von einem Dritten beauftragt) ist eine **natürliche Person**. Name, Vorname(n), Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit und vollständige Adresse (Straße, Hausnummer, Land, PLZ, Ort): _____

Personalausweis Reisepass elektronischer Aufenthaltstitel Ausweisnummer _____
Ausstellungsdatum _____ Gültig bis (Ablaufdatum) _____

Der **Zessionar, Pfandgläubiger oder Auftraggeber** (Vertragspartner wurde von einem Dritten beauftragt) ist eine **juristische Person, Personengesellschaft, eine nicht rechtsfähige Vereinigung, eine rechtsfähige Stiftung oder Vermögenstreuhänder**

juristische Person, Personengesellschaft oder eine nicht rechtsfähige Vereinigung und Gesellschaft, die an einem organisierten Markt nach § 2 Abs. 11 des Wertpapierhandelsgesetzes notiert ist

Name, Firma, Gesellschaftsform und vollständige Adresse (Straße, Hausnummer, Land, PLZ, Ort): _____

► Weitere Angaben sind nicht erforderlich.

juristische Person, Personengesellschaft oder eine nicht rechtsfähige Vereinigung und Gesellschaft, die **nicht** an einem organisierten Markt nach § 2 Abs. 11 des Wertpapierhandelsgesetzes notiert ist

Stiftung oder Vermögenstreuhänder

► Bitte die Erklärung GV---0051Z0 beifügen.

Ausnahme: Bei erhöhtem Geldwäscherisiko (siehe Erläuterungen zum GV---0051Z0), ist immer die Erklärung GV---0051Z0 beizufügen.

Hinweis für ungebundene Vermittler: Es gelten weiterführende Pflichten bei der Identifizierung des Vertragspartners, der auftretenden Person, der wirtschaftlich Berechtigten und der Abklärung, ob der Vertragspartner oder wirtschaftlich Berechtigte eine sog. politisch exponierte Person ist (siehe Merkblatt „Prävention von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung“).

*Nicht erforderlich bei Abschluss einer selbstständigen oder ergänzenden BerufsunfähigkeitsPolice, BerufsunfähigkeitsStartPolice oder PflegeRente.

Selbstausskunft zur steuerlichen Ansässigkeit des Versicherungsnehmers nach FATCA/CRS

(Nicht erforderlich bei Abschluss einer selbstständigen oder ergänzenden BerufsunfähigkeitsPolice, BerufsunfähigkeitsStartPolice oder PflegeRente.)

Es ist grundsätzlich für jeden Versicherungsnehmer eine Selbstausskunft gem. FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)/CRS (Common Reporting Standard) auszufüllen. Bei **juristischen Personen** muss die Selbstausskunft über das Formular **EV--P4112ZO** erfolgen.

Steuerliche Ansässigkeit(en) der natürlichen Person

Nennen Sie alle Länder, in denen Sie steuerlich ansässig sind (auch eine steuerliche Ansässigkeit in Deutschland ist anzugeben).

Bitte geben Sie die Steuer-ID an:

Staat 1 _____ Steueridentifikationsnummer _____
Staat 2 _____ Steueridentifikationsnummer _____
Staat 3 _____ Steueridentifikationsnummer _____

Hinweis: Bitte geben Sie hier – neben der von Ihnen im Abschnitt Persönliche Daten auf Antragsseite 2 angegebenen Staatsangehörigkeit – die weiteren Staaten an, deren Staatsangehörigkeit Sie besitzen:

Sie verpflichten sich, Änderungen im Zusammenhang mit Ihrer steuerlichen Ansässigkeit unverzüglich, das heißt ohne schuldhaftes Zögern, schriftlich dem federführenden Versicherungsunternehmen mitzuteilen.

Wenn für uns als Versicherer eine gesetzliche Meldepflicht besteht, müssen wir die notwendigen Informationen an in- oder ausländische Steuerbehörden melden. Wenn Sie die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie ungeachtet einer bestehenden oder nicht bestehenden Steuerpflicht damit rechnen, dass wir Ihre Vertrags- und Personendaten an in- oder ausländische Steuerbehörden melden.

Rechtsnachfolger des Versicherungsnehmers

Ist der Versicherungsnehmer nicht selbst die zu versichernde Person, soll bei seinem Tod die zu versichernde Person neuer Versicherungsnehmer werden.

Ist der Versicherungsnehmer selbst die zu versichernde Person, soll bei seinem Tod die mitzuversichernde Person neuer Versicherungsnehmer werden (gilt nur für Lebens-/Rentenversicherung).

Eine hiervon abweichende Regelung bitte unter Nebenabreden vermerken.

Der Versicherungsnehmer kann die Rechtsnachfolge vor seinem Tod widerrufen und einen anderen Rechtsnachfolger bestimmen. Der Widerruf wird uns gegenüber erst wirksam, wenn uns dieser vom Versicherungsnehmer schriftlich angezeigt wird.

Empfänger der Versicherungsleistungen

Bei Abschluss einer (ergänzenden)BerufsunfähigkeitsPolice, BerufsunfähigkeitsStartPolice, PflegeRente oder SofortRente mit Leistung bei Pflegestufe 3 gilt:

Als Bezugsberechtigter kann ausschließlich die versicherte Person oder ein naher Angehöriger der versicherten Person gemäß § 7 Pflegezeitgesetz oder gemäß § 15 Abgabenordnung (zum Beispiel Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, Lebensgefährte, Verwandte in gerader Linie, Geschwister) benannt werden (begünstigter Personenkreis). Die Beschränkung auf den begünstigten Personenkreis gilt auch bei Bezugsrechtsänderungen während der Vertragslaufzeit.

Die Beschränkung auf diesen Personenkreis gilt nicht, wenn die Versicherung zur Sicherung einer Verbindlichkeit der versicherten Person oder eines nahen Angehörigen der versicherten Person gemäß § 7 Pflegezeitgesetz oder gemäß § 15 Abgabenordnung abgetreten oder verpfändet wird. In diesem Fall kann der Sicherungsnehmer sich als Bezugsberechtigten benennen. Die Abtretung oder Verpfändung der Versicherung muss rechtlich möglich sein.

Bezugsberechtigzte für alle Versicherungsleistungen einschließlich der Leistung aus der Überschussbeteiligung:

a) **Solange die versicherte Person lebt: der Versicherungsnehmer**

b) (nur ausfüllen wenn a) nicht gewünscht wird) _____

Angehörigenverhältnis von Bezugsberechtigten im Erlebensfall zur zu versichernden Person:

- Eltern Großeltern Schwiegereltern Stiefeltern Ehegatten Verlobte Lebenspartner in eingetragener Lebenspartnerschaft
 Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft Geschwister (inkl. Halbgeschwister) Ehegatten der Geschwister
 Eingetragene Lebenspartner der Geschwister Geschwister der Ehegatten Geschwister der eingetragenen Lebenspartner Kinder
 Kinder des Ehegatten Kinder des eingetragenen Lebenspartners Adoptivkinder Adoptivkinder des Ehegatten Adoptivkinder des eingetragenen Lebenspartners Pflegekinder Pflegekinder des Ehegatten Pflegekinder des eingetragenen Lebenspartners Schwiegerkinder
 Stiefkinder Enkelkinder Kinder der Geschwister (Nichte, Neffe) Geschwister der Eltern (Onkel, Tante) Pflegeeltern

c) **Bei Tod der versicherten Person: der zum Todeszeitpunkt mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehegatte**

d) (nur ausfüllen wenn c) nicht gewünscht wird) _____

Angehörigenverhältnis von Bezugsberechtigten im Todesfall zur zu versichernden Person:

- Eltern Großeltern Schwiegereltern Stiefeltern Ehegatten Verlobte Lebenspartner in eingetragener Lebenspartnerschaft
 Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft Geschwister (inkl. Halbgeschwister) Ehegatten der Geschwister
 Eingetragene Lebenspartner der Geschwister Geschwister der Ehegatten Geschwister der eingetragenen Lebenspartner Kinder
 Kinder des Ehegatten Kinder des eingetragenen Lebenspartners Adoptivkinder Adoptivkinder des Ehegatten Adoptivkinder des eingetragenen Lebenspartners Pflegekinder Pflegekinder des Ehegatten Pflegekinder des eingetragenen Lebenspartners Schwiegerkinder
 Stiefkinder Enkelkinder Kinder der Geschwister (Nichte, Neffe) Geschwister der Eltern (Onkel, Tante) Pflegeeltern

Bei Eingabe einer natürlichen Person unter b) oder d) bitte zur Identifizierung Vorname, Name, Geburtsdatum und Adresse angeben.

Rentenauszahlung SofortRente

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

Zuname, Vorname _____

IBAN (kein Sparkonto) _____

BIC _____

Name des Geldinstitutes _____

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

PESVA02446

Nebenabreden

a) Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? Mündliche Abreden sind für die Versicherer nicht verbindlich.

b) Ehegatte bzw. Lebenspartner/Vater/Mutter versichert unter Versicherungs-Nr. _____ z. Zt. tätig als _____

c) **Wiederanlage zu Versicherungs-Nr.:** _____
(bei Lebens-/Rentenversicherung)

Zielmarkt (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 Schweigepflicht-entbindungserklärung

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/ eingesehen oder bei der Presse-Versorgung, 11512 Berlin oder unter 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 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 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 Bürgel 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.

*Nicht erforderlich bei Abschluss einer selbstständigen oder ergänzenden BerufsunfähigkeitsPolice, BerufsunfähigkeitsStartPolice oder PflegeRente.

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 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 Daten¹, 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 abrufen oder unter 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 Daten¹, 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.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, wenn es erforderlich ist, um berechnete 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/ entnehmen oder unter 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.

¹ 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.

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 Versicherungsfalles 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 abrufen oder unter 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 Erschweris 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.

C. SEPA-Lastschriftmandat

Federführendes Versicherungsunternehmen Allianz Lebensversicherungs-AG
10850 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer DE07ZZZ00000063475

Mandatsnummer Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit.

Antragsnummer / Vertragsnummer _____

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

Mein Geldinstitut **weise ich an**, die Lastschriften des federführenden Versicherungsunternehmens einzulösen, die von meinem Konto eingezogen werden.

Der Lastschrifteinzug wird mir spätestens zwei Bankarbeitstage vor dem ersten Einzug angekündigt.

Ich kann innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Datum der Kontobelastung – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem 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, Vorname (bzw. 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

Ich erteile 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 und die 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

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Zu versichernde Person (wenn es sich nicht um den Antragsteller handelt)

Gesetzlicher Vertreter (bei minderjährigem Versicherungsnehmer bzw. minderjähriger zu versichernder Person) oder der **mitzuversichernden Person**

Beitragszahler (soweit nicht identisch mit Antragsteller 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-, Hinterbliebenen- oder Pflegevorsorge) in Papierform**
- **Vorschlag mit dem zugehörigen Basisinformationsblatt (Das Vorhandensein eines Basisinformationsblattes ist abhängig von dem ausgewählten Tarif.)**
- **Produktinformationsblatt (bei Zukunftsrenten Klassik und PflegeRenten)**
- **Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (relevant bei Produkten mit Biometrie)**
- **Versicherungsinformationen**
- **Versicherungsbedingungen**

Unterschrift **Antragsteller**/gesetzlicher Vertreter