

Lebensversicherung Privat

Allianz RiesterRente Universalantrag

Allianz Lebensversicherungs- Aktiengesellschaft

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

Vorstand: Dr. Andreas Wimmer, Vorsitzender;
Katja de la Viña, Laura Gersch, Dr. Alf Neumann,
Dr. Volker Priebe, Dr. Thomas Wiesemann.

Für Umsatzsteuerzwecke: USt-IdNr. DE811150678;
für Versicherungssteuerzwecke:
VersSt.-Nr.: 801/V90801011184
Finanz- und Versicherungsleistungen i.S.d. UStG/
MwStSystRL sind von der Umsatzsteuer befreit.

Hauptverwaltung:
Reinsburgstraße 19,
70178 Stuttgart

Sitz der Gesellschaft: Stuttgart,
Registergericht: Stuttgart, HRB 20231

Antrag auf Abschluss einer Allianz RiesterRente Perspektive

Interne Vermerke S V

Persönliche Daten

Antragsteller 1 (Versicherungsnehmer, zu versichernde Person und Beitragszahler)

Herr Frau Anredezusätze _____

Zuname, Vorname _____

Straße/Hausnummer _____

Postleitzahl/Ort, Wohnland _____

Straßen-, Ortszusatz _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Geburtsname _____

Geschlecht männlich weiblich

Staatsangehörigkeit _____

Hinweis: Gibt es neben dem Vertragspartner ggf. eine für ihn **auf tretende Person** (z. B. aufgrund einer Einzelvollmacht) oder ist der Vertragspartner eine **juristische Person**, bitte verwenden Sie das **Formular EV---0783Z0**.

Ausweisdaten Personalausweis Reisepass elektronischer Aufenthaltstitel

Ausweisnummer _____

Ausstellungsdatum _____ Gültig bis (Ablaufdatum) _____

ausstellende Behörde _____

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

Telefon+ _____ Fax+ _____ E-Mail+ _____

Familienstand+ Ledig Verheiratet Verwitwet Eheähnliche Lebensgemeinschaft

Derzeitige berufliche Tätigkeit _____

Bitte machen Sie auf dem Formular E----0109Z0 bzw. E----0122Z0 oder E----0129Z0 (bei Beamten/Beamtenstudiengängen) genauere Angaben zu Ihrer beruflichen Tätigkeit sowie zu Ihren Gesundheitsverhältnissen und geben Sie dort bitte Ihre Schweigepflichtenbindungserklärung ab. Bitte nutzen Sie das Formular E----0109Z0 bzw. E----0129Z0, wenn eine BU-Rente mit beantragt ist.

Wir als Allianz¹ möchten Sie zu unseren Angeboten aus den Bereichen Versicherung, Vorsorge und Vermögen² sowie zu besonderen Services³ per E-Mail, Telefon und/oder SMS informieren und kontaktieren. Ebenso möchten wir Sie im Rahmen unserer Markt- und Meinungsforschung ansprechen. Sind Sie einverstanden, dass wir uns unter Verwendung der von Ihnen angegebenen Daten⁴ mit Ihnen in Verbindung setzen?

Ja, ich bin damit einverstanden.

Telefon _____ E-Mail _____

Ihre **Werbeeinwilligung** bleibt gültig, bis Sie diese widerrufen. Der Nutzung Ihrer Daten für Werbezwecke oder für Markt- und Meinungsforschung können Sie jederzeit ohne Angaben von Gründen widersprechen, z. B. online unter allianz.de/werbewiderspruch oder postalisch bei der Allianz Deutschland AG, 10900 Berlin.

¹ Mit Ihrer Zustimmung berechtigen Sie folgende Allianz Gesellschaften: Allianz Deutschland AG, Allianz Kunde und Markt GmbH, Allianz Versicherungs-AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Deutsche Lebensversicherungs-AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Global Investors GmbH, Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG und die für Sie zuständige(n) Allianz Vertretung(en).

² Dies umfasst insbesondere Informationen aus den Bereichen: Schaden- und Unfallversicherung, Private Krankenversicherung, Lebensversicherung, Vermögensanlage, Baufinanzierung und Bausparen.

³ Dies umfasst insbesondere Informationen zu Kundenevents, unserem Kunden-Vorteilsprogramm und Tipps zur Schadensprävention.

⁴ Ihre Kontaktdaten, die Sie im Rahmen einer Vertragsbeziehung oder bei einem anderen Kontakt mit der Allianz angegeben haben bzw. künftig mitteilen werden (wie Anrede, Name, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer), werden von den aufgeführten Allianz Gesellschaften und von der zuständigen Allianz Vertretung verarbeitet und für die genannten Zwecke genutzt.

Daten der Versicherung

Dem Antrag ist zwingend das vollständige Vorschlagsdokument und das Produktinformationsblatt gemäß AltZertG beizufügen!

Tarifbezeichnung _____

Der beantragte Versicherungsschutz ist dem beigefügten Vorschlagsdokument vom _____ Universalantrags-Nr. _____ zu entnehmen.

- StC IPV StG StU AVWL (Bitte Arbeitgeber – Beitragszahler – unter Nebenabreden angeben.)
- Zugehörigkeit Finanzdienstleister
- Rahmenkonstruktion General- und Hauptvertreter ABV, Pensionäre und Angehörige Mitarbeiter Allianz Innendienst
- Mitarbeiter Allianz Außendienst Sonstige Berechtigte Mitarbeiter CoBa, Pensionäre und Angehörige
- Angehörige von Mitarbeitern und Pensionäre Allianz Innendienst
- Angehörige von Mitarbeitern und Pensionäre Allianz Außendienst
- Makler- und Bankeneigengeschäft (Sonstiger Mitarbeiter)

Zuwachs

Es wird der dynamische Zuwachs von Leistung und Beitrag beantragt.

Wenn kein Zuwachs gewünscht wird, bitte ankreuzen ohne Zuwachs.

Inkasso

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

Beitragszahler

Ist der abweichende Beitragszahler eine **juristische Person** bitte die Erklärung EV---0783Z0 beifügen.

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).

Sammel-/Rahmenvertrag Nr. _____

Sammel-/Rahmenvertragspartner (Werksbezeichnung mit Lohn-/Gehalt-Zahlstelle) _____

Personal-Nr. des Antragstellers _____

Der Beitragszahler ist mit den im Sammel-/Rahmenvertrag vereinbarten Zahlungsmodalitäten einverstanden. Soweit Lastschriftinzug zwingend erforderlich ist, wurde die Einzugsermächtigung erteilt.

Lohnempfänger Gehaltsempfänger Die versicherte Person gehört dem im Sammel-/Rahmenvertrag beschriebenen Personenkreis an.

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

Zusätzliche Identifikationsunterlagen

– Kopie Ausweisdokument (zwingend beizufügen)

Empfänger der Versicherungsleistungen

Empfänger für alle Versicherungsleistungen einschließlich der Leistung aus der Überschussbeteiligung und Fonds (bei InvestFlex):

Solange die versicherte Person lebt: der Versicherungsnehmer

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

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

Bei Eingabe einer natürlichen Person bitte zur Identifizierung Vorname, Name, Geburtsdatum und Adresse angeben.

Die Auswahl eines Todesfallbezugsrechts, das nicht den in gültiger Ehe lebenden Ehegatte bzw. nicht die kindergeldberechtigten Kinder nach § 32 Abs. 3 und 4 EStG begünstigt, ist zulagenschädlich.

Zielmarkt (vom Vermittler auszufüllen)

Der Verkauf erfolgt innerhalb des Zielmarktes ja nein

Falls nein, Begründung: _____

Erklärung nach dem Geldwäschegesetz

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 Absatz 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 ist **nicht** an einem organisierten Markt nach § 2 Absatz 11 des Wertpapierhandelsgesetzes notiert

Stiftung oder Vermögenstreuhänder

▶ Bitte die Erklärung EV---0783Z0 beifügen.

Ausnahme: Bei erhöhtem Geldwäscherisiko (siehe Erläuterungen zum EV---0783Z0), ist immer die Erklärung EV---0783Z0 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“).

Nebenabreden (Mündliche Abreden sind für die Allianz Lebensversicherungs-AG nicht verbindlich.)

Darlehenszusage gewünscht

Online Service Meine Allianz

Wünschen Sie die kostenlose Nutzung des Online Service „Meine Allianz“?

ja nein

Wenn Frage bejaht, dann bitte Handynummer und E-Mail angeben.

Handynummer: _____

E-Mail: _____

Vollmacht zur automatischen Beantragung der Altersvorsorgezulage durch die Allianz Lebensversicherungs-AG

Ich bevollmächtige die Allianz Lebensversicherungs-AG bis auf Widerruf, für meinen beantragten Altersvorsorgevertrag für jedes Beitragsjahr ab Versicherungsbeginn den Antrag auf Altersvorsorge-Zulage zu stellen. Einen Widerruf kann ich bis zum Ablauf des Beitragsjahres, für das die Allianz Lebensversicherungs-AG keinen Antrag auf Zulage stellen soll, gegenüber der Allianz Lebensversicherungs-AG erklären. Eine Änderung der Verhältnisse mit Ausnahme der beitragspflichtigen Einnahmen für die gesetzliche Rentenversicherung, die zu einer Minderung oder zum Wegfall des Zulagenanspruchs führt, werde ich der Allianz Lebensversicherungs-AG unverzüglich mitteilen.

Antrag auf Abschluss einer Allianz RiesterRente Perspektive (mit Mindestbeitrag zur mittelbaren Förderung)

Persönliche Daten

Antragsteller 2 (Ehegatte) (Versicherungsnehmer, zu versichernde Person und Beitragszahler) Anschrift wie auf Seite 2

Herr Frau Anredezusätze _____

Zuname, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Geburtsname _____ Staatsangehörigkeit _____

Geschlecht männlich weiblich

Hinweis: Gibt es neben dem Vertragspartner ggf. eine für ihn **auf tretende Person** (z. B. aufgrund einer Einzelvollmacht) oder ist der Vertragspartner eine **juristische Person**, bitte verwenden Sie das **Formular EV---0783Z0**.

Ausweisdaten Personalausweis Reisepass elektronischer Aufenthaltstitel

Ausweisnummer _____

Ausstellungsdatum _____ Gültig bis (Ablaufdatum) _____

ausstellende Behörde _____

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

Derzeitige berufliche Tätigkeit _____

Branche _____

Wir als Allianz¹ möchten Sie zu unseren Angeboten aus den Bereichen Versicherung, Vorsorge und Vermögen² sowie zu besonderen Services³ per E-Mail, Telefon und/oder SMS informieren und kontaktieren. Ebenso möchten wir Sie im Rahmen unserer Markt- und Meinungsforschung ansprechen. Sind Sie einverstanden, dass wir uns unter Verwendung der von Ihnen angegebenen Daten⁴ mit Ihnen in Verbindung setzen?

Ja, ich bin damit einverstanden.

Telefon _____ E-Mail _____

Ihre **Werbeeinwilligung** bleibt gültig, bis Sie diese widerrufen. Der Nutzung Ihrer Daten für Werbezwecke oder für Markt- und Meinungsforschung können Sie jederzeit ohne Angaben von Gründen widersprechen, z. B. online unter allianz.de/werbewiderspruch oder postalisch bei der Allianz Deutschland AG, 10900 Berlin.

¹ Mit Ihrer Zustimmung berechtigen Sie folgende Allianz Gesellschaften: Allianz Deutschland AG, Allianz Kunde und Markt GmbH, Allianz Versicherungs-AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Deutsche Lebensversicherungs-AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Global Investors GmbH, Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG und die für Sie zuständige(n) Allianz Vertretung(en).

² Dies umfasst insbesondere Informationen aus den Bereichen: Schaden- und Unfallversicherung, Private Krankenversicherung, Lebensversicherung, Vermögensanlage, Baufinanzierung und Bausparen.

³ Dies umfasst insbesondere Informationen zu Kundenevents, unserem Kunden-Vorteilsprogramm und Tipps zur Schadensprävention.

⁴ Ihre Kontaktdaten, die Sie im Rahmen einer Vertragsbeziehung oder bei einem anderen Kontakt mit der Allianz angegeben haben bzw. künftig mitteilen werden (wie Anrede, Name, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer), werden von den aufgeführten Allianz Gesellschaften und von der zuständigen Allianz Vertretung verarbeitet und für die genannten Zwecke genutzt.

Daten der Versicherung

Dem Antrag ist zwingend das vollständige Vorschlagsdokument und das Produktinformationsblatt gemäß AltZertG beizufügen!

Tarifbezeichnung _____

Der beantragte Versicherungsschutz ist dem beigefügten Vorschlagsdokument vom _____ Universalantrags-Nr. _____ zu entnehmen.

StC IPV StG StU AVWL (Bitte Arbeitgeber – Beitragszahler – unter Nebenabreden angeben.)

Zugehörigkeit Finanzdienstleister

Rahmenkonstruktion

- General- und Hauptvertreter ABV, Pensionäre und Angehörige Mitarbeiter Allianz Innendienst
- Mitarbeiter Allianz Außendienst Sonstige Berechtigte Mitarbeiter CoBa, Pensionäre und Angehörige
- Angehörige von Mitarbeitern und Pensionäre Allianz Innendienst
- Angehörige von Mitarbeitern und Pensionäre Allianz Außendienst
- Makler- und Bankeneigengeschäft (Sonstiger Mitarbeiter)

Zuwachs

Es wird der dynamische Zuwachs von Leistung und Beitrag beantragt.

Wenn kein Zuwachs gewünscht wird, bitte ankreuzen ohne Zuwachs.

Inkasso

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

Beitragszahler

Ist der abweichende Beitragszahler eine **juristische Person** bitte die Erklärung EV---0783Z0 beifügen.

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).

Sammel-/Rahmenvertrag Nr. _____ Sammel-/Rahmenvertragspartner (Werksbezeichnung mit Lohn-/Gehalt-Zahlstelle) _____ Personal-Nr. des Antragstellers _____

Der Beitragszahler ist mit den im Sammel-/Rahmenvertrag vereinbarten Zahlungsmodalitäten einverstanden. Soweit Lastschrifteinzug zwingend erforderlich ist, wurde die Einzugsermächtigung erteilt.

Lohnempfänger Gehaltsempfänger Die versicherte Person gehört dem im Sammel-/Rahmenvertrag beschriebenen Personenkreis an.

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

Zusätzliche Identifikationsunterlagen

– Kopie Ausweisdokument (zwingend beizufügen)

Erklärung nach dem Geldwäschegesetz

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 Absatz 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 ist **nicht** an einem organisierten Markt nach § 2 Absatz 11 des Wertpapierhandelsgesetzes notiert

Stiftung oder Vermögenstreuhänder

► Bitte die Erklärung EV---0783Z0 beifügen.

Ausnahme: Bei erhöhtem Geldwäscherisiko (siehe Erläuterungen zum EV---0783Z0), ist immer die Erklärung EV---0783Z0 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“).

Empfänger der Versicherungsleistungen

Empfänger für alle Versicherungsleistungen einschließlich der Leistung aus der Überschussbeteiligung und Fonds (bei InvestFlex/KomfortDynamik):

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

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

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

Bei Eingabe einer natürlichen Person bitte zur Identifizierung Vorname, Name, Geburtsdatum und Adresse angeben.

Die Auswahl eines Todesfallbezugsrechts, das nicht den in gültiger Ehe lebenden Ehegatte bzw. nicht die kindergeldberechtigten Kinder nach § 32 Abs. 3 und 4 EStG begünstigt, ist zulagenschädlich.

Zielmarkt (vom Vermittler auszufüllen)

Der Verkauf erfolgt innerhalb des Zielmarktes ja nein

Falls nein, Begründung: _____

Nebenabreden (Mündliche Abreden sind für die Allianz Lebensversicherungs-AG nicht verbindlich.)

Darlehenszusage gewünscht

Online Service Meine Allianz

Wünschen Sie die kostenlose Nutzung des Online Service „Meine Allianz“?

ja nein

Wenn Frage bejaht, dann bitte Handynummer und E-Mail angeben.

Handynummer: _____

E-Mail: _____

Vollmacht zur automatischen Beantragung der Altersvorsorgezulage durch die Allianz Lebensversicherungs-AG

Ich bevollmächtige die Allianz Lebensversicherungs-AG bis auf Widerruf, für meinen beantragten Altersvorsorgevertrag für jedes Beitragsjahr ab Versicherungsbeginn den Antrag auf Altersvorsorge-Zulage zu stellen. Einen Widerruf kann ich bis zum Ablauf des Beitragsjahres, für das die Allianz Lebensversicherungs-AG keinen Antrag auf Zulage stellen soll, gegenüber der Allianz Lebensversicherungs-AG erklären. Eine Änderung der Verhältnisse mit Ausnahme der beitragspflichtigen Einnahmen für die gesetzliche Rentenversicherung, die zu einer Minderung oder zum Wegfall des Zulagenanspruchs führt, werde ich der Allianz Lebensversicherungs-AG unverzüglich mitteilen.

Zusätzliche Daten zur Beantragung der Altersvorsorgezulage

Daten des Antragstellers und Beitragszahlers (Seite 2)

Ich bin unmittelbar zulageberechtigt.

Abweichend hiervon bin ich **mittelbar** zulageberechtigt.

Ich gehöre zum Personenkreis

- Beamte, Richter, Berufssoldaten, Empfänger von Besoldung nach dem Bundesbesoldungsgesetz,
- der sonstigen Beschäftigten, die wegen gewährleisteter Versorgungsansparungen den Beamten gleichgestellt sind,
- der beurlaubten Beamten mit Anspruch auf Versorgung für die Dauer der Beschäftigung,
- der Minister, Senatoren, Parlamentarischen Staatssekretäre.

Zuständiges Finanzamt _____
Steuernummer _____
Steuer-Identifikationsnummer _____
Sozialversicherungsnummer/
Zulagennummer _____
Mitglieds-Nr. der landwirt-
schaftlichen Alterskasse _____

Daten des Ehegatten/Ehegattin

Steuer-Identifikationsnummer _____
Sozialversicherungsnummer/
Zulagennummer _____
Mitglieds-Nr. der landwirt-
schaftlichen Alterskasse _____

Falls vorhanden, gelten die allgemeinen Daten aus dem Antrag und der Ehegatte/Ehegattin ist mittelbar zulagenberechtigt.

Ansonsten bitte ausfüllen:

Ehegatte/Ehegattin Herr Frau Anredezusätze _____
Zuname, Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____
Geburtsname _____

Kind 1

Die Zulage für das Kind soll dem Vertrag des Antragstellers und Beitragszahlers (Seite 2) zugeordnet werden.

Abweichend hiervon soll die Zulage dem Vertrag des Ehegatten/Ehegattin zugeordnet werden.

Zuname, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Steuer-Identifikationsnummer _____
Zuständige Familienkasse
(z. B. Arbeitsamt Köln) _____
Kindergeld-Nr./Aktenzeichen _____
Kindergeldberechtigter (Nur Eintragungen vornehmen, falls nicht identisch mit Antragsteller, dem die Kinderzulage zugeordnet werden soll.)
Zuname, Vorname _____

Kind 2

Die Zulage für das Kind soll dem Vertrag des Antragstellers und Beitragszahlers (Seite 2) zugeordnet werden.

Abweichend hiervon soll die Zulage dem Vertrag des Ehegatten/Ehegattin zugeordnet werden.

Zuname, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Steuer-Identifikationsnummer _____
Zuständige Familienkasse
(z. B. Arbeitsamt Köln) _____
Kindergeld-Nr./Aktenzeichen _____
Kindergeldberechtigter (Nur Eintragungen vornehmen, falls nicht identisch mit Antragsteller, dem die Kinderzulage zugeordnet werden soll.)
Zuname, Vorname _____

Kind 3

Die Zulage für das Kind soll dem Vertrag des Antragstellers und Beitragszahlers (Seite 2) zugeordnet werden.

Abweichend hiervon soll die Zulage dem Vertrag des Ehegatten/Ehegattin zugeordnet werden.

Zuname, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Steuer-Identifikationsnummer _____
Zuständige Familienkasse
(z. B. Arbeitsamt Köln) _____
Kindergeld-Nr./Aktenzeichen _____
Kindergeldberechtigter (Nur Eintragungen vornehmen, falls nicht identisch mit Antragsteller, dem die Kinderzulage zugeordnet werden soll.)
Zuname, Vorname _____

Zustimmung der Ehefrau (nur bei Übertragung der Kinderzulage auf den Ehemann erforderlich)

Ich stimme zu, dass mein von mir nicht dauernd getrennt lebender Ehemann, für das im Zulagenantrag genannte

Kind 1 Kind 2 Kind 3

die Kinderzulage erhält. Die Zustimmung gilt bis auf Widerruf auch für Folgejahre (Unterschrift der Ehefrau auf Seite 11 erforderlich).

PESVA02340

ABS

A. Erklärungen

A. 1. Hiermit beantrage ich den Abschluss der erfassten Versicherung.

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 und Hinweise 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 bzw. Allianz Pensionskasse AG, je nachdem an welchen Versicherer sich Ihre Erklärung richtet (im Folgenden „der Versicherer“), 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 Versicherers

Weitergabe Ihrer von der Schweigepflicht geschützten Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe oder einer anderen Stelle außerhalb der Allianz Deutschland Gruppe übertragen. Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre 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 zurzeit gültige Liste ist den Erklärungen unmittelbar angefügt ¹⁾. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.allianz.de/hinweise/datenschutz-grundsaeetze/index.html eingesehen oder bei uns (Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin, Telefon 08 00.410 01 04, lebensversicherung@allianz.de) angefordert werden.

Soweit erforderlich, **entbinde ich** die Mitarbeiter der Allianz Deutschland Gruppe und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe der von der Schweigepflicht geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Verträge mit Rückversicherern abschließen, die das von uns versicherte Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übermitteln. Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungs- oder Leistungsantrag dem Rückversicherer vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es 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 den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die von der Schweigepflicht geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

In den folgenden Fällen kann es dazu kommen, dass von der Schweigepflicht geschützte Informationen über Ihren Vertrag selbstständigen Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler über die geplante Weitergabe der von der Schweigepflicht geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine von der Schweigepflicht geschützten Vertragsinformationen in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt **und entbinde** die für den Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

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

1. Einwilligung in die Datenübermittlung zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Beiträge zu Basis-Rentenversicherungen und Altersvorsorgeverträgen („Riester-Renten“)

Ich willige ein, dass für die zur Ermittlung der als Sonderausgaben abziehbaren Beiträge zu Basis-Rentenversicherungen und Altersvorsorgebeiträge zu Riester-Renten bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steuer-Identifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zur Beitragsrückerstattung) von der Allianz Lebensversicherungs-AG bzw. der Allianz Pensionskasse AG den Finanzbehörden übermittelt werden.

Mir ist bewusst, dass sich der Sonderausgabenabzug für die Beiträge zu Basis-Rentenversicherungen und zu Riester-Renten des Versicherungsnehmers entfällt, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen. Ein Widerruf ist für die Datenübermittlung der Beiträge wirksam, die ab dem Kalenderjahr gezahlt werden, das dem Jahr folgt, in dem die Datenübermittlung widerrufen worden ist.

Ich willige ferner ein, dass die Allianz Lebensversicherungs-AG bzw. die Allianz Pensionskasse AG zu diesem Zweck meine Identifikationsnummer nach § 139 b Abgabenordnung beim Bundeszentralamt für Steuern erheben dürfen.

2. Erklärung zur Nutzung der Steuer-Identifikationsnummer des Antragstellers

Ich bin damit einverstanden, dass meine Steuer-Identifikationsnummer von dem Allianz Versicherer, der mich um die Mitteilung der Steuer-Identifikationsnummer gebeten hat, auch für weitere bei ihm bestehende Verträge gespeichert wird, aus denen sich eine gesetzliche Verpflichtung zu einer Übermittlung meiner Steuer-Identifikationsnummer an die Finanzverwaltung oder die zentrale Stelle (§ 81 EStG) ergibt.

3. 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 der Versicherer 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 dem Versicherer 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 den genannten Zwecken entbinde ich die Mitarbeiter des Versicherers 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.

1*) Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe, die von der Schweigepflicht geschützte Stammdaten in gemeinsamen DV-Verfahren nutzen:

Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland GmbH, Allianz Kunde und Markt GmbH, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz ONE-Business Solutions GmbH, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, Allianz Direct Versicherungs-AG (Konzerngesellschaft der Allianz SE) und Deutsche Lebensversicherungs-AG.

Allianz Konzerngesellschaften (mit * gekennzeichnet) und Dienstleister, die im Auftrag des Versicherers personenbezogene Daten verwenden, die von der Schweigepflicht geschützt sind und/oder Gesundheitsdaten erheben, verarbeiten oder nutzen:

- Allianz ONE-Business Solutions GmbH* (kundennahe Serviceleistungen)
- Allianz Kunde und Markt GmbH* (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen)
- Allianz Technology SE* (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe)
- AWP Service Deutschland GmbH* (Assistancedienstleistungen)
- AGA Service Deutschland GmbH* (Assistancedienstleistungen)
- RehaCare GmbH*, Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Berufe-Service, u. a. Unterstützung bei der Vermittlung einer neuen Tätigkeit und Hilfe bei beruflicher Rehabilitation)
- Relntra GmbH (medizinisch-berufkundlicher Beratungs- und Reintegrationsdienst)
- WDS GmbH (Pflegeberatung)
- VLS Versicherungslogistik GmbH* (Posteingangsbearbeitung)
- KVM ServicePlus - Kunden- und Vertriebsmanagement GmbH* (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- IBM Deutschland GmbH (IT-Wartung)
- Pro Claims Solutions GmbH (Unterstützung bei der Leistungsfallbearbeitung)
- IMB Consult GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft Aktiengesellschaft in München (Unterstützung bei der Risiko- oder Leistungsprüfung aufgrund besonderer Sachkunde)
- medicals direct GmbH (Durchführung eines Medizin-Checks bei einer beantragten Leistung von mehr als 400.000 Euro oder Jahresrente von mehr als 30.000 Euro als Alternative zu erforderlichen ärztlichen Untersuchungen)
- IDnow GmbH (zur Dokumentenidentifikation aufgrund Geldwäschegesetz)
- WebID Solutions GmbH (Durchführung des Videoident-Verfahrens zur Identifizierung aufgrund Geldwäschegesetz)
- SCHUFA Holding AG (Durchführung des SCHUFA-Webservice zur Identifizierung aufgrund Geldwäschegesetz)
- Deutsche Post AG (Durchführung des Postident-Verfahrens zur Identifizierung aufgrund Geldwäschegesetz)
- Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
- Entsorgungsunternehmen (datenschutzgerechte Vernichtung von Papierunterlagen)
- Versorgungswerk der Presse GmbH (Versicherungsbetrieb ohne Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung für bei der Presse-Versorgung versicherte und versicherbare Personen)
- Versorgungsverband bundes- und landesgeförderter Unternehmen e.V. als Vertragspartner des Gruppenversicherungsvertrages (Beratung und Betreuung der Mitgliedsunternehmen und deren Mitarbeiter im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung)

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 die Allianz verpflichtet, bei der Begründung der Kundenbeziehung die Identität ihres Vertragspartners festzustellen. Darüber hinaus hat die Allianz 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 bzw. die Allianz Pensionskasse AG, je nachdem mit welchem Unternehmen der Vertrag geschlossen wird, die Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

Allianz Lebensversicherungs-AG bzw. Allianz Pensionskasse AG

10850 Berlin

Telefon: 08 00.4 10 01 04

E-Mail: lebensversicherung@allianz.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 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 unser Unternehmen 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.

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 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 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).

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.

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 unserer Unternehmensgruppe sowie externe Dienstleister:

Spezialisierte Unternehmen unserer Unternehmensgruppe 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 unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie der Übersicht in diesem Antrag sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter [www.allianz.de/datenschutz] entnehmen oder bei uns 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 unser Unternehmen 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.

Unseren Datenschutzbeauftragten 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 abrufen oder bei uns anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

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

Die automatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen 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.

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

Hinweise zur Kapitalanlage bei der Allianz RiesterRente Perspektive

Im Interesse unserer Kunden legen wir Wert auf eine rentable Kapitalanlage. Die Allianz hat die von den Vereinten Nationen unterstützten Prinzipien für verantwortungsvolles Investieren (PRI; www.unpri.org) unterzeichnet und berücksichtigt daher auch ethische, soziale und ökologische Belange in der Kapitalanlage. Neben der Rendite kommt auch der Sicherheit unserer Kapitalanlagen eine hohe Bedeutung zu. Als Instrument der langfristigen Vorsorge muss die Versicherungsleistung langfristig berechenbar sein. Deshalb weisen unsere Kapitalanlagen ein ausgewogenes Verhältnis von Rendite und Sicherheit auf.

Die Kapitalanlage unterliegt u. a. folgenden gesetzlichen Vorschriften:

§ 54 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), Verordnung über die Anlage gebundenen Vermögens von Versicherungsunternehmen (Anlageverordnung). Die Einhaltung der Sicherheit wird darüber hinaus von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, unserem verantwortlichen Aktuar und dem Treuhänder für das Sicherungsvermögen überwacht.

Durch Mischung und Streuung unserer Kapitalanlagen vermeiden wir größere Schwankungen unserer Erträge. Diese Erträge übersteigen in aller Regel den Rechnungszins und führen dadurch zum Überschuss aus Kapitalanlagen. Weitere Informationen zur Kapitalanlage können Sie der Regelung in den Versicherungsbedingungen entnehmen.

C. SEPA-Lastschriftmandat

Vertragsführende Gesellschaft Allianz Lebensversicherungs-AG
10850 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer DE07ZZZ00000063475

Mandatsnummer Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit.

Antragsnummer/Vertragsnummer _____

Ich ermächtige die vertragsführende Gesellschaft, 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 der vertragsführenden Gesellschaft einzulösen, die von meinem Konto eingezogen werden.

Der Lastschrifteeinzug 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 der Allianz Lebensversicherungs-AG für Einzahlungen von Einmalbeiträgen

Commerzbank, Stuttgart

IBAN DE81600800000905226400
BIC DRESDEFF600

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

SEPA-Lastschriftmandat

Ich erteile der vertragsführenden Gesellschaft 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 Werbeeinwilligung (sofern angekreuzt) und 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 Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“**.

Rentenversicherung mit laufender Beitragszahlung

Ort/Datum

Antragsteller 1 (Versicherungsnehmer, zu versichernde Person und Beitragszahler)

Rentenversicherung (mit Mindestbeitrag zur mittelbaren Förderung)

Ort/Datum

Antragsteller 2 (Versicherungsnehmer und zu versichernde Person bzw. Ehegatte)

Gesetzlicher Vertreter (bei Minderjährigen)

Vermittler

Ehefrau (Bei Übertragung der Kinderzulage auf den Ehemann ist die Unterschrift der Ehefrau erforderlich.)

Für Beamte, Richter, Berufssoldaten, Empfänger von Besoldung nach dem Bundesbesoldungsgesetz ist die staatliche Förderung nur dann möglich, wenn eine „Zulagennummer“ erteilt wurde. Diese muss vom Antragsteller selbst bei dessen Besoldungs- bzw. Personalstelle beantragt werden.

E. Empfangsbestätigung

- ! Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen erhalten:
- 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 Berufsunfähigkeitsvorsorge) in Papierform
 - Produktinformationsblatt nach dem AltZertG
 - Versicherungsinformationen
 - Versicherungsbedingungen
 - Funktionsweise Perspektive (bei Perspektive)

Unterschrift **Antragsteller 1** und – falls vorhanden – **Antragsteller 2**/gesetzlicher Vertreter