

Liebe Kundin, lieber Kunde,

mit diesem Formular beantragen Sie die **Umwandlung Ihrer Kinderpflegerente in eine Arbeitskraftsicherung**. Eine erneute Gesundheitsprüfung der versicherten Person ist nicht erforderlich. Bitte füllen Sie das Formular aus und senden Sie es unterschrieben zurück an Allianz Lebensversicherungs-AG in 10850 Berlin.

Bei **Fragen** steht Ihnen Ihr Vermittler/Ansprechpartner oder unsere Kundenbetreuung unter **08 00.410 01 04** zur Verfügung.

Allgemeine Angaben

Versicherungsnummer: _____

Versicherungsnehmer

versicherte Person

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Vermittlername: _____

Vermittlernummer: _____

BNRB _____

Neuantrag eingereicht unter Antragsnummer: _____

Angaben zur Tätigkeit der versicherten Person

(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen.)

Zu welcher Gruppe gehören Sie?

Studenten

Studienfach: _____

Beginn des Studiums: ____ . ____ . ____

Auszubildende **geringfügig Beschäftigte**

Beamte (weitere Berufsangaben werden im Neuantrag erfragt)

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? (Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung an.)

Beginn der Ausbildung/Beschäftigung: ____ . ____ . ____

Sind Sie bei der Ausübung Ihrer Tätigkeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Sprengstoff, Strahlen, gefährliche Stoffe)?

Nein Ja Falls ja, welchen? _____

In welcher Branche sind Sie tätig? _____

Wie groß ist der Anteil Ihrer Bürotätigkeit? _____ %

Für Verträge mit Versicherungsbedingungen ab 01/2020:

Schüler

Folgendes Ereignis trifft hierbei auf die versicherte Person zu:

Eintritt in die weiterführende Schule (Sekundarstufe)

Vollendung des 14. Lebensjahres

Eintritt in die Klassenstufe 11

Datum des Ereignisses: ____ . ____ . ____

Klassenstufe 1 – 4 5 – 10 11 – 13

Welche Schulform wird derzeit besucht?

Gymnasium Realschule Hauptschule Grundschule

- zusammengefasste Schulformen mit mehreren möglichen Schulabschlüssen
z. B. Gesamtschule, Gemeinschaftsschule, Mittelschule, Werkrealschule, Realschule Plus
- Schulen zum Erwerb der Hochschulreife
z. B. Fachoberschule, Berufsoberschule
- Berufsfachschule: Bitte Zielberuf angeben _____
z. B. Technikerschule, Wirtschaftsschule
- spezielle Schulformen: Bitte benennen _____
z. B. Förderschule

Welcher höchste Schulabschluss kann mit der aktuell besuchten Schulform erreicht werden?

- Abitur/(Fach)-Hochschulreife Mittlerer Schulabschluss/Mittlere Reife Hauptschulabschluss

Umwandlungswunsch

Die Kinderpflegerente soll in folgende **Arbeitskraftsicherung** umgewandelt werden.
(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- Berufsunfähigkeitsrente
 - mit Pflegezusatzbaustein

i Die Absicherung der Berufsunfähigkeitsrente erfolgt in einem neuen Vertrag über das Produkt „Ergänzende BerufsunfähigkeitsPolice“ (die Dauern entsprechen dem bisherigen Vertrag). Sind abweichende Dauern zum bestehenden Vertrag gewünscht, erfolgt die Absicherung der Berufsunfähigkeitsrente über das Produkt „Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice“. Möchten Sie Ihre Berufsunfähigkeitsvorsorge über einen neuen Vertrag absichern, haben Sie zusätzlich die Möglichkeit die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit im bestehenden Vertrag einzuschließen.

oder

- Berufsunfähigkeitsvorsorge zum bestehenden Vertrag
 - Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit
 - Rente bei Berufsunfähigkeit

i Sie können die Berufsunfähigkeitsvorsorge (Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit mit oder ohne Berufsunfähigkeitsrente) auch in Ihrem bestehenden Vertrag integrieren. Dazu erhalten Sie ein separates Angebot von uns. Bitte beachten Sie, dass sich der Gesamtbeitrag Ihrer Kindervorsorge dann im Rahmen der Umstellung ändert.

oder

- Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice

i Die Umwandlung in eine Selbstständige Berufs- und DienstunfähigkeitsPolice ist nur bei Aufnahme einer Berufsausbildung, Start eines Studiums oder bei Aufnahme einer auf Dauer gerichteten Berufstätigkeit möglich.

oder

- KörperSchutzPolice
 - mit Pflegezusatzbaustein

i Die Umwandlung in eine KörperSchutzPolice ist nur bei Aufnahme einer Berufsausbildung, Start eines Studiums oder bei Aufnahme einer auf Dauer gerichteten Berufstätigkeit möglich.

Die Umwandlung in eine Arbeitskraftsicherung soll erfolgen ab **01.** ____ . ____

i Ihre Bausteine zur Kinderpflegerente entfallen. Hierüber erhalten Sie von uns noch eine separate Bestätigung.

Angaben zur Arbeitskraftsicherung der versicherten Person

(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen.)

Das gewünschte Endalter bei Ablauf der Versicherung beträgt _____ Jahre.

Das gewünschte Endalter bei Ablauf der Beitragszahlungsdauer beträgt _____ Jahre.

Das gewünschte Endalter bei Ablauf der Leistungsdauer beträgt _____ Jahre.

i Das Höchstalter beträgt für die Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer 67 Jahre. Die Versicherungsdauer der Arbeitskraftsicherung darf die Versicherungsdauer Ihrer Kinderpolice nicht überschreiten. Erfolgt die Umwandlung über eine „Ergänzende Berufsunfähigkeitspolice“, so müssen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer darin übereinstimmen.

Die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente, der Dienstunfähigkeitsrente oder der Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie die Pflegezusatzrente soll

gleich der bisher vereinbarten Kinderpflegerente sein.

_____ EUR/Jahr betragen.

i Die Berufsunfähigkeitsrente, die Dienstunfähigkeitsrente oder die Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie die Pflegezusatzrente kann maximal in Höhe der bisher vereinbarten Kinderpflegerente eingeschlossen werden. Die für die versicherte Person bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten, Dienstunfähigkeitsrenten oder Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und Pflegezusatzrenten dürfen insgesamt jeweils 12.000 EUR jährliche Rente nicht überschreiten.

Erklärungen der versicherten Person

Hiermit bestätige ich,

- dass zum Zeitpunkt der Beantragung bei mir keine Berufs- oder Dienstunfähigkeit besteht.
- dass zum Zeitpunkt der Beantragung bei mir keine Beeinträchtigung von körperlichen und geistigen Fähigkeiten besteht.
- dass zum Zeitpunkt der Beantragung bei mir kein bereits festgestellter Grad der Behinderung vorliegt.
- dass bis zum Zeitpunkt der Beantragung keine Leistung wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung oder aus einer anderen privaten Pflegeversicherung erbracht wird oder worden ist. Ich bestätige zudem, dass kein Antrag auf Leistungen gestellt wurde.
- dass zum Zeitpunkt der Beantragung kein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Tod oder Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers besteht.
- dass ich die folgende Regelung zur Kenntnis genommen habe: Eine anlass- oder ereignisunabhängige Erhöhung der eingeschlossenen Rente ist innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn nicht möglich.

Mit der Unterschrift gebe ich die oben aufgeführten Erklärungen ab und bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ort/Datum

Versicherungsnehmer

versicherte Person
(ggf. gesetzlicher Vertreter)

Vermittler