Abmeldeformular für Allianz Pensionsfonds

Allianz

Um Rückfragen und dadurch entstehende Verzögerungen zu vermeiden, prüfen Sie bitte, ob alle Fragen vollständig durch Ankreuzen bzw. Ausfüllen beantwortet sind.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Abmeldung zum Versorgungsvertrag

(Hinweise zum Thema „Abmeldungen" entnehmen Sie bitte den Vertragsvereinbarungen)

Angaben zur Person:

Versorgungsvertragsnummer(n): _____

Name, Vorname: _____

☐ US-Person (auch Greencard-Inhaber) liegt vor (bitte nur ankreuzen, wenn zutreffend)

Anschrift: _____

Tagsüber zu erreichen unter Telefon: _____ Mobil: _____

Angaben zum Ausscheiden (Zeitpunkt und Grund):

Ausscheidetermin: _____ Diensteintrittsdatum: _____

☐ Kündigung des Arbeitsvertrags

☐ Bezug von Erwerbsminderungs-/ Berufsunfähigkeitsrente

☐ Bezug von Altersruhegeld

☐ _____

☐ Der Versorgungsberechtigte befindet sich im vorzeitigen Ruhestand und nimmt die Versorgungsleistung, sofern in der Zusage vereinbart, unabhängig vom Bezug der gesetzlichen Altersrente in Anspruch.

Angaben zur Beitragszahlung:

Die Versorgungsbeiträge werden/wurden bis einschl. _____ einbehalten und an den Allianz Pensionsfonds überwiesen.

Auf die über den Ausscheidetermin hinaus gezahlten Beiträge erheben wir

☐ keine Ansprüche

☐ Ansprüche (nicht bei Entgeltumwandlung)

Angaben zur Weiterführung / vorzeitigen Auflösung:

☐ Der Versorgungsberechtigte erklärt auf Seite 2 des Formulars, wie mit der Versorgung verfahren werden soll. Einer Übertragung der Vertragspartnereigenschaft auf den Arbeitnehmer (nur möglich bei Versorgungen mit Beginn ab 2008) oder den neuen Arbeitgeber stimmen wir zu. Wird die Versorgung direkt oder zu einem späteren Zeitpunkt bei einem neuen Arbeitgeber weitergeführt, stimmen wir der Übernahme der von uns erteilten Versorgungszusage zu. Soweit nach einer Übertragung der Vertragspartnereigenschaft die Zusage abgefunden und die Versorgung ausgezahlt werden soll, erklären wir bereits jetzt die Abfindung der Zusage, soweit keine gesetzlichen oder tarifvertraglichen Bestimmungen dem entgegenstehen.

☐ Die Versorgung soll aufgehoben werden; ggf. vorhandene Werte sind zu überweisen:

IBAN: _____ Kontoinhaber: _____

Bankinstitut: _____ BIC: _____

(Nur ankreuzen, wenn noch keine unverfallbaren Anwartschaften vorliegen!)

Für Rückfragen:
Ansprechpartner und Telefonnummer: _____

_____ _____

Ort, Datum Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers

Bitte lassen Sie die nächste Seite von dem Versorgungsberechtigten ausfüllen!

Bitte wenden

PESVA01272

GV-PF0087Z0 (15V) 0.07.23

Erklärung des umseitig abgemeldeten Versorgungsberechtigten:

Vertragsnummer(n): _____

☐ Mein neuer Arbeitgeber übernimmt die Versorgung beim Allianz Pensionsfonds:

Name: _____

Anschrift: _____

☐ Ich übernehme die Beitragszahlung zu der Versorgung.

Die Beiträge sollen ab 01. _____ gemäß SEPA-Lastschriftmandat eingezogen werden.

☐ Die Versorgung soll beitragsfrei gestellt werden:

Mit Einstellung der Beitragszahlung verringert sich die Versorgungsleistung auf die garantierte Leistung nach Beitragsfreistellung.

Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

PESVA01272

GV-PF0087Z0 (15V) 0.07.23

Bitte unterschreiben Sie auf der letzten Seite.

Bitte wenden

Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung

Einwilligung in die Verwendung von der Schweigepflicht geschützter Daten

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 ge-schützten 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 aktuelle Liste kann auf unserer Internetseite unter https://www.allianz.de/dienstleister-leben/ eingesehen oder bei uns (Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin, Telefon 0800 4 100 104, 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.

PESVA01272

Ort, Datum

Unterschrift **des Arbeitnehmers**

Hinweis: Von der zuständigen Stelle erhalten Sie ein Fortführungsschreiben, aus dem Sie weitere Einzelheiten entnehmen können.