

## Betriebliche Altersversorgung „Firmen“

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 Vertrag

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

#### Angaben zur Person:

Versicherungsnummer(n): \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tagsüber zu erreichen unter Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

#### Angaben zum Ausscheiden (Zeitpunkt und Grund):

Ausscheidetermin: \_\_\_\_\_

Diensteintrittsdatum: \_\_\_\_\_

Kündigung des Arbeitsvertrags

Bezug von Altersruhegeld<sup>1)</sup>

Bezug von Erwerbsminderungs-/  
Berufsunfähigkeitsrente<sup>1)</sup>

\_\_\_\_\_

Die versicherte Person befindet sich im vorzeitigen Ruhestand und nimmt die Versicherungsleistung, sofern in der Zusage vereinbart, unabhängig vom Bezug der gesetzlichen Altersrente in Anspruch.

<sup>1)</sup> Bitte Rentenbescheid beifügen

#### Angaben zur Beitragszahlung:

Die Beiträge werden/wurden einschl. des Beitrags für den Monat \_\_\_\_\_ bezahlt.

Im letzten Jahr des Beschäftigungsverhältnisses wurden insgesamt \_\_\_\_\_ EUR an Beiträgen gezahlt.

Auf die über den Ausscheidetermin hinaus gezahlten Beiträge erheben wir

keine Ansprüche

Ansprüche (nicht bei Entgeltumwandlung)

#### Angaben zur Weiterführung/vorzeitigen Auflösung:

Wir übertragen die Versicherung(en) auf die versicherte Person zur Weiterführung als Einzelversicherung(en).

Werden nach dem Ausscheiden keine Beiträge mehr eingezahlt und liegt die beitragsfreie Jahresrente unter 200 €, geben wir schon jetzt unsere Zustimmung, daß die Versicherung abgefunden werden kann.

Die Versicherung(en) soll(en) aufgehoben werden; ggf. vorhandene Versicherungswerte sind  
(nur ankreuzen, wenn noch keine unverfallbaren Anwartschaften vorliegen)

zu überweisen auf Kto.-Nr.: \_\_\_\_\_ Inhaber: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_ Bankinstitut: \_\_\_\_\_

dem Gruppenvertrag gutzuschreiben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers

Erklärung der umseitig abgemeldeten versicherten Person:

**Betriebliche Weiterführung:**

- Mein neuer Arbeitgeber übernimmt die Versicherung.

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

- Es besteht folgender Gruppenvertrag (Nr., Gesellschaft): \_\_\_\_\_

**Private Weiterführung:**

- Ich übernehme die Versicherungsnehmereigenschaft und beantrage, die Versicherung wie folgt weiterzuführen:

- Beitragspflichtig

Durch den Wegfall der bisher eingeräumten Vergünstigung erhöht sich der Beitrag.  
Die Beiträge zahle ich durch Lastschrift:

Kto.-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Bankinstitut: \_\_\_\_\_

- Beitragsfrei

Mit Einstellung der Beitragszahlung verringert sich der Versicherungsschutz auf die garantierte Leistung nach Beitragsfreistellung. Sollte die beitragsfreie Jahresrente weniger als 200 € betragen, bin ich damit einverstanden, einen Vorschlag zur Auszahlung eines Abfindungsbetrages (sofern vorhanden) zu erhalten.

**Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung**

Datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle ist die Allianz Lebensversicherungs-AG, Reinsburgstraße 19, 70178 Stuttgart.

**Ich willige ein**, daß der Versicherer aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung Daten zu Beiträgen, Versicherungsfällen, Risiko-/Vertragsänderungen im erforderlichen Umfang übermittelt, und zwar

- zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung an Rückversicherer sowie
- zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer auf direktem Weg oder über den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft.

Dies gilt auch für die Risikoprüfung zu Verträgen, die ich hier oder bei anderen Versicherern künftig beantrage, und ist in der Personenversicherung außerdem unabhängig vom Zustandekommen eines Vertrages. Gesundheitsdaten dürfen ausschließlich in der Personenversicherung übermittelt werden. Empfänger dürfen Personen- und Rückversicherer sein, der mich betreuende Vermittler nur, sofern dies zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

**Ich willige ferner ein**, daß der Versicherer meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen mit anderen ausgewählten deutschen Gesellschaften der Allianz Gruppe führt und sie an den mich betreuenden Vermittler zur dortigen Verarbeitung und Nutzung übermittelt, soweit dies der Durchführung meiner jeweiligen Versicherungsangelegenheiten dient. Nicht zu den allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten zählen Gesundheitsdaten sowie Daten über Dritte.

**Ich willige weiterhin ein**, daß mein Versicherer und der mich betreuende Vermittler über den Zweck dieses Vertrages hinaus meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung, einschließlich der Beratung zu und des Verkaufs von anderen Finanzdienstleistungsprodukten, nutzen und hierzu auch den ausgewählten Gesellschaften der Allianz Gruppe zur dortigen Verarbeitung und Nutzung übermitteln. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluß auf den Vertrag streichen bzw. jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Meine Einwilligung ist nur wirksam, wenn ich die Möglichkeit hatte, vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen. Dieses wird mir mit dem Versicherungsschein zugesandt und auf Wunsch auch sofort überlassen. Dem Merkblatt zur Datenverarbeitung kann ich weitere wichtige Einzelheiten entnehmen, insbesondere zu den Datenarten und den Zwecken der Verarbeitung und Nutzung sowie die Liste der ausgewählten Gesellschaften der Allianz Gruppe.

**Raum für sonstige Mitteilungen:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitnehmers

**Hinweis:**

Von der zuständigen Stelle erhalten Sie ein Fortführungsschreiben, aus dem Sie die neue Versicherungsnummer sowie weitere Einzelheiten entnehmen können.