

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 / Änderungsmeldung zum Vertrag

Angaben zur Person:

Versicherungsnummer(n): _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Ausscheide-/ Änderungstermin: _____ Dienst Eintrittsdatum: _____

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses vor Beginn der Rentenzahlung
- Bezug von Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (bitte Rentenbescheid beifügen)
- Tarifwechsel aufgrund Todesfall oder Heirat (bitte Kopie der Heirats-/ Sterbeurkunde beifügen)
- Tod des Arbeitnehmers (bitte Kopie der Sterbeurkunde und Name und Anschrift der Hinterbliebenen angeben)

Angaben zur Beitragszahlung:

Der letzte Beitrag zur Direktversicherung in Höhe von _____ Euro wurde im _____ (Monat/Jahr) gezahlt.

Am Ende des Jahres _____ wird noch ein anteiliger Beitrag in Höhe von _____ Euro gezahlt.

Angaben zur Weiterführung/vorzeitigen Auflösung:

- Einer Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft auf die versicherte Person zur Weiterführung als Einzelversicherung oder einem Nachfolgearbeitgeber stimmen wir zu.

Wird die Versicherung direkt oder zu einem späteren Zeitpunkt bei einem neuen Arbeitgeber weitergeführt, stimmen wir auch der Übernahme der von uns erteilten Versorgungszusage zu.

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./IBAN: _____ Inhaber: _____

BLZ/BIC: _____ Bankinstitut: _____

Für Rückfragen:

Ansprechpartner und Telefonnummer: _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers

Erklärung der umseitig abgemeldeten versicherten Person:

Vertragsnummer(n):

Betriebliche Weiterführung:

Mein neuer Arbeitgeber übernimmt die Versicherung.

Name:

Anschrift:

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./IBAN:

BLZ/BIC:

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.

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers

Erklärung und Hinweise zur Datenverarbeitung:

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 als Unternehmen der Lebensversicherung und federführender Versicherer des Konsortiums im Rahmen des Chemie-Verbandsrahmenvertrages (im Folgenden „der Federführer“), Ihre Schweigepflichtentbindung, 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.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit den von der Schweigepflicht geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Federführers.

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

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-grundsatzes/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. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfall einschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherer fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn hierfür ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für die Weitergabe Ihrer von der Schweigepflicht geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherer ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

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

Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, AllSecur Deutschland AG, Deutsche Lebensversicherungs-AG, Oldenburgische Landesbank AG und Vereinte Spezial Krankenversicherung 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 Deutschland AG * (Versicherungsbetrieb mit Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung),
- Allianz Managed Operations & Services SE * (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe),
- VLS Versicherungslogistik GmbH * (Posteingangsbearbeitung)
- Entsorgungsunternehmen (datenschutzgerechte Vernichtung von Papierunterlagen)

Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person (Arbeitnehmer)