

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)
- 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.

### 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.

Auf die über den Ausscheidetermin hinaus gezahlten Beiträge erheben wir

- keine Ansprüche  Ansprüche (nicht bei Entgeltumwandlung)

### 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.  
Ist das Arbeitsverhältnis beendet und werden keine Beiträge mehr eingezahlt, stimmen wir zu, dass die Versicherung abgefunden werden kann, sofern keine gesetzlichen oder tarifvertraglichen Bestimmungen dem entgegenstehen.

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

zu überweisen auf

IBAN: \_\_\_\_\_ Inhaber: \_\_\_\_\_

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

dem Gruppenvertrag gutschreiben.

### Erklärung zur versicherungsförmigen Lösung / Anspruchsbegrenzung<sup>1</sup>

Wir erklären hiermit Ihnen als Versorgungsträger gegenüber das Verlangen der versicherungsförmigen Lösung (§ 2 Abs. 2 Satz 3 bzw. Abs. 3 Satz 2 Betriebsrentengesetz (BetrAVG)). Die Ansprüche aus der Versicherungs-/ Versorgungszusage sind auf die Leistungen, die aufgrund unserer Beitragszahlung als Versicherungsnehmer aus dem Versicherungsvertrag zu erbringen sind begrenzt (§ 2 Abs. 2 und 3 BetrAVG).

### Für Rückfragen:

Ansprechpartner und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

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

<sup>1</sup> Die Erklärung zur Anspruchsbegrenzung ist von Ihnen als Arbeitgeber immer im zeitlichen und sachlichen Zusammenhang zum Ausscheiden des Arbeitnehmers - spätestens drei Monate danach - gegenüber uns sowie gegenüber dem Arbeitnehmer abzugeben. Ein **Muster** für der Erklärung zur Anspruchsbegrenzung finden Sie auf der letzten Seite des Abmeldeformulars oder als Downloadversion auf unserer Internetseite [www.chemie-verbandsrahmenvertrag.de](http://www.chemie-verbandsrahmenvertrag.de).

Erklärung der versicherten Person:

\_\_\_\_\_

Vertragsnummer(n): \_\_\_\_\_

**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

Die besonderen Konditionen des bisherigen Arbeitgebers entfallen.

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

Beitragsfrei

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Raum für sonstige Mitteilungen:

**Bitte wenden**

**Hinweis:** Von der zuständigen Stelle erhalten Sie ein Fortführungsschreiben, aus dem Sie die neue Versicherungsnummer sowie weitere Einzelheiten entnehmen können. Bitte unterschreiben Sie auf der nächsten Seite.

## 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 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.

### 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 ge-

schützte 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 <sup>1\*)</sup>. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.allianz.de/datenschutz](http://www.allianz.de/datenschutz) eingesehen oder bei uns (Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin, Telefon 08 00.410 01 04, [lebensversicherung@allianz.de](mailto: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.

<sup>1\*)</sup> 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)

Zuname, Vorname

Ort/Datum

Geburtsdatum

Unterschrift der zu versichernden Person (Arbeitnehmer)

## Erklärung der Anspruchsbegrenzung gegenüber dem Arbeitnehmer

An

---

(Name des Mitarbeiters)

---

(Straße, Hausnummer)

---

(PLZ, Ort)

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Versorgungsträger: im Rahmen des Chemie-Verbandsrahmenvertrages ist das Konsortium der Versicherer / Gesellschaften innerhalb des jeweils - bei Beginn der Versorgungszusage - gültigen Gruppenversicherungsvertrages. Die Geschäftsführung für diese Gesellschaften erfolgt durch die Allianz Lebensversicherungs-AG.

Wir erklären hiermit, dass wir von der versicherungsförmigen Lösung/Anspruchsbegrenzung (§ 2 Abs. 2 Satz 3 bzw. Abs. 3 Satz 2 Betriebsrentengesetz (BetrAVG)) Gebrauch machen.

Die Ansprüche aus Ihrer/Ihren o. g. Versicherungs-/Versorgungszusage(n) sind auf die Leistungen begrenzt, die aufgrund unserer Beitragszahlung als Versicherungsnehmer aus dem Versicherungsvertrag zu erbringen sind (§ 2 Abs. 2 und 3 BetrAVG).

---

Ort, Datum

---

Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers