

Formular zum Ablauf der Lebens- oder Rentenversicherung

Dieses Formular dient ausschließlich der Verwendung durch Vermittler

www.allianz.de

lebensversicherung@allianz.de

Deutsche Post 

ANTWORT

Allianz Lebensversicherungs-AG

10850 Berlin

Versicherungs Nr.: _____ Ablaufdatum: . . .

Vorgezogener Abruf der Versicherungsleistung gewünscht zum: . . .

Die Versicherung ist

- eine betriebliche Altersvorsorge
- eine privat fortgeführte betriebliche Altersvorsorge
- eine private Vorsorge

Ich wünsche eine

- Rentenzahlung
- Kapitalzahlung
- Wiederanlage
- Wiederanlage eines Teilbetrages

Die versicherte Person stimmt mit dem Versicherungsnehmer überein

- Ja
- Nein

Der Leistungsempfänger

- ist der Versicherungsnehmer
- ist die versicherte Person *(Bitte Adressdaten ergänzen!)*
- ist eine sonstige Person *(Bitte angeben und Personalausweiskopie mitschicken!)*

Der Versorgungsberechtigte hat folgende Art der Krankenversicherung

- gesetzlich pflichtversichert
- gesetzlich freiwillig versichert
- privat versichert

Version Mai 2022

Angaben zum Versicherungsnehmer

Vorname:

Name:

Straße/Hausnr.:

Ort:

PLZ:

Geburtsdatum: . . .

Angaben zur versicherten Person

Vorname:

Name:

Geburtsdatum: . . .

Angaben zum Leistungsempfänger

Vorname:

Name:

Straße/Hausnr.:

Ort:

PLZ:

Geburtsdatum: . . .

Steuerliche Identifikationsnummer (IdNr)

Wir sind verpflichtet unterschiedliche steuerliche Anzeige- und Meldepflichten an die Finanzverwaltung zu erfüllen. Hierfür würden wir die steuerliche Identifikationsnummer (IdNr) des Leistungsempfängers benötigen.

Zu der steuerlichen Behandlung Ihrer Versicherungsleistung kann Sie Ihr Vermittler oder der Kundenservice der Allianz informieren.

Steuer-Identifikationsnummer des Leistungsempfängers:

Angaben zur Wiederanlage

| Produkt | Antragsnummer | Umfang | Betrag (Euro) |
|---------|---------------|--------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Version Mai 2022

Auf welches Konto soll die Leistung erfolgen?

Geldinstitut:

IBAN:

Das Konto ist ein Einzelkonto des Leistungsempfänger

Das Konto ist ein Gemeinschaftskonto des Leistungsempfängers

Das Konto ist ein Firmenkonto des Leistungsempfängers

Kontoinhaber ist eine abweichende Person (*bitte angeben*)

Vorname:

Name:

Hinweis:

- Bei Auszahlungen von Versicherungsleistungen, welche nicht an den Versicherungsnehmer (bei bAV auch Arbeitnehmer) direkt erfolgen, müssen wir das Erbschaftsteuerfinanzamt informieren - dort wird geprüft, ob eine Steuerpflicht besteht. Darunter können auch Auszahlungen auf ein Gemeinschaftskonto fallen.

Angaben zu Kranken- und Pflegeversicherung

Name der Krankenkasse:

Sozialversicherungsnummer*:

Straße/Hausnr.:

Ort:

PLZ:

*Die zwölfstellige Sozialversicherungsnummer finden Sie auf Ihrem Sozialversicherungsausweis, Ihrem Rentenbescheid oder auf den Schreiben der deutschen Rentenversicherung. Das Geburtsdatum ist in der Nummer enthalten (Beispiel: 65 010165 L 003).

Nachweis der Elterneigenschaft

Die nachfolgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn der Versorgungsberechtigte gesetzlich pflichtversichert ist und eine Rente gewünscht wird.

Die Elterneigenschaft besteht aufgrund

eines leiblichen Kindes

eines Adoptivkindes

eines Stiefkindes

eines Pflegekindes

Zum Nachweis ist folgende amtliche Urkunde beigelegt:

Unterschriften

Ort, Datum

Unterschrift, ggf. Stempel des Versicherungsnehmers

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Weitere Unterschriften (optional)

Name:

Vorname:

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis:

- 1 Bei mehreren Versicherungsnehmern benötigen wir die Unterschrift aller Versicherungsnehmer
- 1 Bei Minderjährigen benötigen wir die Unterschriften aller gesetzlichen Vertreter
- 1 Sind Leistungen dieses Vertrags abgetreten, so benötigen wir auch Unterschrift und Stempel des Zessionars
- 1 Sind Leistungen dieses Vertrags verpfändet, so benötigen wir auch die Unterschrift des Pfandgläubigers
- 1 Bei einem laufenden Insolvenzverfahren des Arbeitgebers, wenden Sie sich bitte an den verantwortlichen Insolvenzverwalter

Bitte beachten Sie, dass über dieses Formular hinaus ggf. noch weitere Angaben zu tätigen sind:

- è **Freistellungsauftrag (EV--4180Z0)**, falls Sie eine ganz oder teilweise Freistellung Ihrer Kapitalerträge wünschen
- è **Formular FATCA natürliche Personen (EV--4111Z0)**, falls Sie in einem anderen Land neben der Bundesrepublik Deutschland steuerlich ansässig sind:
Die Abkommen zur Umsetzung des Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) und des Common Reporting Standards (CRS), an denen Deutschland und weitere Länder zur Bekämpfung von Steuerhinterziehung teilnehmen, verpflichten uns als Versicherungsunternehmen mögliche ausländische steuerliche Ansässigkeiten der anspruchsberechtigten Person festzustellen.
- è **Formular FATCA Rechtsträger (EV--4112Z0)**, für Firmen als Leistungsempfänger mit ausländischer steuerlicher Ansässigkeit.