

Arbeitgebererklärung

Überblick & Checkliste für Vertriebspartner

Version 3.0

Allgemeines

Wer kann?	Unternehmen der Gesundheitswirtschaft ab 10 Beschäftigte Weitere Informationen unter klinikrente.de/berater/bav/zielgruppen
Wie geht's?	Einfach mit der ersten Arbeitnehmeranmeldung diese Arbeitgebererklärung einreichen
Welche Produkte?	KlinikRente.DV „Perspektive“ & „Chance“ KlinikRente im MetallPensionsfonds („KlinikRente im MPF“) KlinikRente.UK „Perspektive“ & „Klassik“

Checkliste

Bevor Sie die Beitrittsunterlagen über Ihren Antragsweg an die jeweils von Ihnen gewählte Konsortialgesellschaft weitergeben, prüfen Sie bitte alle Unterlagen mittels dieser Checkliste auf Vollständigkeit und Richtigkeit.
Reichen Sie diese Arbeitgebererklärung zusammen mit der ersten Arbeitnehmeranmeldung ein.

Arbeitgebererklärung zum Versorgungswerk KlinikRente
geprüft und unterschrieben

Aufnahmeantrag zum PDK (Pensionsverein Deutscher Kranken- u. Pflegeeinrichtungen e. V.)
geprüft und unterschrieben

Datenschutzerklärung
geprüft und unterschrieben

SEPA-Lastschriftmandat
(Nur, wenn Lastschrift gewünscht! Einzelüberweisung wird empfohlen.)

ggf. Beratungsprotokoll

⚠ Für die Unterstützungskasse werden weitere gesonderte Unterlagen gebraucht. Diese finden Sie unter <https://www.klinikrente.de/berater/bav/arbeitgeber-beitritt> im Bereich „Unterstützungskasse“.

Ansprechpartner bei Fragen

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Ansprechpartner der jeweiligen Konsorten.
Kontaktdaten finden Sie im Beraterportal unter www.klinikrente.de/berater/kontakt -> Bereich bAV

Feedback/Systemvoraussetzungen

⚠ Die interaktiven und automatisierten Elemente dieser PDF-Datei werden aktuell nicht von Android- und iOS-Systemen unterstützt. Für den vollen Funktionsumfang nutzen Sie bitte einen Windows Computer oder Mac mit [Acrobat Reader](#).

Haben Sie Fragen oder Anmerkungen zur Arbeitgebererklärung? Wir freuen uns über jedes Feedback an berater@klinikrente.de.

Arbeitgebererklärung

Ausfüllhilfe (diese müssen Sie nicht mit einreichen)

So sparen Sie Zeit bei jeder Arbeitgebererklärung:

Ihre Eingaben in das Formular auf dieser Seite werden automatisch in alle anhängenden Formulare übernommen. Bitte überprüfen Sie alle Angaben auf den folgenden 13 Seiten der Arbeitgebererklärung und vervollständigen Sie die restlichen Angaben.

Arbeitgeberdaten

Name der Einrichtung		
Rechtsform	Anzahl der beschäftigten Arbeitnehmer	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

Ansprechpartner zur bAV

Anrede Frau Herr	Titel	
Vorname	Nachname	
Abteilung		
Funktion		
Telefon	E-Mail	

Abweichende Versandanschrift

Unternehmen		
Abteilung		
Vorname	Nachname	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

Vermittlerdaten

Unternehmen		
Vorname	Nachname	
Telefon	E-Mail	
Einreichen über Konsorten/Konsorten-Nr.:		
	ERGO_Victoria	ERGO_HM
Entspricht Vermittler-Nr.	6/419/1002	6/419/1008
Interne Vermittler-/Agentur-Nr. bei Konsorten		

Arbeitgebererklärung

Abschnitt 1: Angaben zum Arbeitgeber

Name der Einrichtung		
Rechtsform		Anzahl der beschäftigten Arbeitnehmer
Straße, Hausnummer		PLZ Ort
Ansprechpartner zur bAV		
Anrede Frau Herr		Titel
Vorname		Nachname
Abteilung		
Funktion		
Telefon		E-Mail
Abweichende Versandanschrift		
Unternehmen		
Abteilung		
Vorname		Nachname
Straße, Hausnummer		PLZ Ort
Versand der Policen über Vermittler		
<p>Als Mitglied in einem Landesverband des BDPK bzw. Mitglied im PDK erklären wir (einschließlich unserer Tochterunternehmen oder Unternehmen im Konzernverbund) hiermit unsere Teilnahme an dem mit der Allianz als Konsortialführer und den Konsortialpartnern Deutsche Ärzteversicherung, Condor Lebensversicherung, R+V Lebensversicherung und Swiss Life Deutschland vereinbarten Versorgungswerk KlinikRente. Die im Rahmen des Versorgungswerkes KlinikRente zwischen dem BDPK, dem PDK und den Konsortien geschlossenen Verträge sind Grundlage der künftig abzuschließenden Versicherungsverträge. Die einzelnen Beschäftigten werden gesondert angemeldet.</p> <p>Neu eingerichtete Versorgungen in den Durchführungswegen Direktversicherung und Unterstützungskasse werden gemäß der zu diesem Zeitpunkt für den Neuzugang gültigen Verträge abgeschlossen. Im Falle einer Übertragung von Versorgungsanwartschaften im Rahmen des Abkommens zur Übertragung von Direktversicherungen oder Versicherungen in eine Pensionskasse bei Arbeitgeberwechsel ist eine Anmeldung nach Maßgabe aktueller Verträge möglich. Die Abgabe und Entgegennahme aller Erklärungen im Zusammenhang mit der Änderung der bestehenden bzw. dem Abschluss neuer Gruppenversicherungsverträge sowie die Abgabe und Entgegennahme aller Erklärungen, die im Zusammenhang bzw. als Ergänzung bestehender Gruppenversicherungsverträge gegenüber Dritten erforderlich sind, erfolgen über den BDPK und den PDK.</p> <p>Für die mit dieser Arbeitgebererklärung beantragten Versorgungen im Durchführungsweg Pensionsfonds (KlinikRente im MetallPensionsfonds) gilt der zugrunde liegende Durchführungsvertrag MetallPensionsfonds in seiner jeweiligen Fassung. Wir bevollmächtigen die MetallRente GmbH zur Abgabe und Entgegennahme aller Erklärungen im Zusammenhang mit der Änderung des bestehenden bzw. dem Abschluss eines neuen Durchführungsvertrages MetallPensionsfonds sowie zur Abgabe und Entgegennahme aller Erklärungen, die im Zusammenhang bzw. als Ergänzung des bestehenden Durchführungsvertrages MetallPensionsfonds gegenüber Dritten erforderlich sind.</p>		

Abschnitt 2: Betriebliche Altersversorgung (KlinikRente.bAV)

2.1 Vertragsbeginn

Der Beitritt zum Versorgungswerk wird zum 01. _____. 20____ erklärt.

2.2 Vertragsgestaltung | Arbeitgebereinheitliche Berufsgruppe


Die Berufsgruppe wird wie folgt definiert (für BU-Bausteine):

Berufsgruppe einheitlich „G“ Berufsgruppe individuell Hinweis: Berufsgruppe im Pensionsfonds grundsätzlich „G“

2.3 Vertragsgestaltung | Durchführungswege | Direktversicherung, Pensionsfonds und Unterstützungskasse


Hiermit erklären wir, dass wir im Rahmen des Angebotes des Versorgungswerks KlinikRente für Arbeitnehmer

- KlinikRente Direktversicherung (KlinikRente.DV)**
als Versicherungsnehmer Direktversicherungen (DV) bei einem Konsortium aus führenden Lebensversicherungsunternehmen nach Maßgabe des für das Versorgungswerk KlinikRente geltenden Gruppenvertrages abschließen werden.
- KlinikRente im MetallPensionsfonds (KR im MPF)**
als Vertragspartner Versorgungsverhältnisse bei einem Konsortium aus führenden Pensionsfonds nach Maßgabe des für das Versorgungswerk MetallRente geltenden Durchführungsvertrag abschließen werden.
- KlinikRente Unterstützungskasse (KlinikRente.UK)**
als Versicherungsnehmer Allianz-Pensions-Management (U-Kasse) bei einem Konsortium aus führenden Lebensversicherungsunternehmen nach Maßgabe des für das Versorgungswerk KlinikRente geltenden Gruppenvertrages abschließen werden. Hiermit soll die Aufnahme als Mitglied in der überbetrieblichen Unterstützungskasse Allianz-Pensions-Management e. V. (APM) beantragt werden. Über APM erfolgt die betriebliche Altersversorgung unserer Mitarbeiter durch Abschluss von Rückdeckungsversicherungen bei einem Konsortium aus führenden Lebensversicherungsunternehmen nach Maßgabe des für das Versorgungswerk KlinikRente geltenden Gruppenvertrages. Die Unterlagen zur Aufnahme in die Unterstützungskasse sind zusätzlich beizufügen: www.klinikrente.de/berater/bav/arbeitgeber-beitritt

 Die Regelungen zur konkreten Ausgestaltung des Leistungsplanes erfolgen über den Antrag zur Einrichtung der Unterstützungskasse (z. B.: Endalter, Rentengarantiezeit, BUZ, Verfallbarkeit etc.). Die Zahlweise bei KlinikRente.UK wird im Aufnahmeantrag zur UK geregelt.

2.4 Vertragsgestaltung KlinikRente.DV und KlinikRente im MetallPensionsfonds (MPF)

2.4.1 Tarifgestaltung KlinikRente.DV und KlinikRente im MPF

-  Werden Anmeldungen von Arbeitnehmern ohne zusätzliche Angabe einer Zusageart bzw. Überschussverwendungsart eingereicht, wird nachfolgender Standard poliziert.
- Wenn der Arbeitgeber bei Arbeitgeberfinanzierung dem Arbeitnehmer die Tarifwahlmöglichkeit überlässt, wird der gewählte Tarif bei der Arbeitnehmeranmeldung vom Arbeitgeber mitgeteilt.
 - Bei Arbeitnehmerfinanzierung: Die Zusatzbausteine Berufsunfähigkeitsrente und individuelle Hinterbliebenenrente/kollektive Waisenrente werden bei der Arbeitnehmeranmeldung mitgeteilt.

KlinikRente.DV Tarif Perspektive

Standard: StRSKU1 BOLZ
Aufschubdauer: Kapitalbonus | Rentenbezug: Zusatzrente

Optional: StRSKU1 BZM
Aufschubdauer: Kapitalbonus | Rentenbezug: Zusatzrente (Standard)
 Rentenbezug: Überschussrente

StRSKU8 (Tarif für die BRSG-Förderung nach § 100 EStG) jährlich in variabler Höhe BOLZ
Aufschubdauer: Kapitalbonus | Rentenbezug: Zusatzrente

KlinikRente.DV Tarif Chance

Standard: StRF1U.GD BZM
Aufschubdauer: MR.Fondsportfolio | Rentenbezug: Zusatzrente (Standard)

Rentenbezug: Überschussrente

KlinikRente im MPF

Standard: StRF1(PF) BZM
Aufschubdauer: MR.Fondsportfolio | Rentenbezug: Überschussrente (Standard)

Rentenbezug: Zusatzrente

Für die Beitragsabführung an den Pensionssicherungsverein VVaG (PSVaG) wird die Betriebsnummer des Arbeitgebers benötigt.

Diese lautet: _____

Abschnitt 2: Betriebliche Altersversorgung (KlinikRente.bAV)

2.4.2 Zusatzbausteine KlinikRente.DV und KlinikRente im MPF

Arbeitnehmerfinanzierung (inkl. AG-Zuschuss zur Entgeltumwandlung)

Standard: **Beitragsbefreiung** bei Berufsunfähigkeit **optional** (Zusatzbaustein TB)

oder abweichend

obligatorisch für alle zu versichernden Arbeitnehmer


Arbeitgeberfinanzierung

Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit (Zusatzbaustein TB)

obligatorisch für alle zu versichernden Arbeitnehmer

oder

nicht gewünscht für alle zu versichernden Arbeitnehmer


 Versicherungen mit nur einem Baustein zur Altersvorsorge werden ohne Gesundheitsprüfung aufgenommen. Für arbeitnehmerfinanzierte Versicherungen gelten die Regelungen des KlinikRente-Gruppenvertrages bzw. des Merkblatts „Unterlagen zur Risikoprüfung bei arbeitnehmerfinanzierter BU-Vorsorge“: www.klinikrente.de/berater/bav/antrag. Es können generell alle Tarife inklusive der zugehörigen Zusatzbausteine des Versorgungswerks KlinikRente abgeschlossen werden. Sollte in der AG-/AN-Finanzierung eine unterschiedliche Vereinbarung des Zusatzbausteins TB gewünscht sein, muss eine separate Ausfertigung in zwei getrennten Versicherungen vorgenommen werden.

2.4.3 Aufschubdauer/Versicherungsdauer/Rentenbeginn KlinikRente.DV

Die Zahlung einer Altersrente beginnt an dem auf die Vollendung des 67. Lebensjahres folgenden Monatsersten. Der Abruf vorgezogener Leistungen zur Altersversorgung ist ab dem vollendeten 62. Lebensjahr möglich. Der Aufschub ist bis zum vollendeten 72. Lebensjahr möglich.

Die Rentenzahlungsweise ist monatlich.

Als Todesfalleistung ab Rentenbeginn wird eine Rente aus einem Kapital in Höhe der _____-fachen (möglich 0-21; **Standard: 20**) jährlich ab Rentenbeginn garantierten Rente, abzüglich bereits gezahlter ab Rentenbeginn garantierter Renten, vereinbart.

 In der AN-Finanzierung kann von der hier getroffenen Auswahl abgewichen werden. In der AG-Finanzierung ist eine Abweichung hiervon nicht möglich. Bei Beantragung einer Mischfinanzierung mit unterschiedlichen Dauern der Todesfalleistung ab Rentenbeginn ist daher eine separate Ausfertigung in zwei getrennten Versicherungen notwendig.

Abschnitt 2: Betriebliche Altersversorgung (KlinikRente.bAV)

2.4.4 Finanzierungsart KlinikRente.DV und KlinikRente im MPF

Entgeltumwandlung

Mit den Arbeitnehmern wurde eine entsprechende Entgeltumwandlungsvereinbarung getroffen.
Das Bezugsrecht ist unwiderruflich ohne Vorbehalt und ohne Beitragszahlung in entgeltlosen Dienstzeiten.
Diese Regelung gilt ebenfalls für vermögenswirksame Leistungen (VL), sofern diese gezahlt werden.

Zusätzlich zur Entgeltumwandlung wurde

ein **Arbeitgeberzuschuss** (inkl. BRSG-Zuschuss) vereinbart.
Das Bezugsrecht ist unwiderruflich ohne Vorbehalt.

ein **zusätzlicher Arbeitgeberzuschuss** vereinbart.

Mit Abgabe dieser Erklärung bestätigt der Arbeitgeber die Beachtung und Einhaltung des Gleichbehandlungsgrundsatzes/Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG).

Das Bezugsrecht für den zusätzlichen Arbeitgeberzuschuss ist unwiderruflich

ohne Vorbehalt mit Vorbehalt (gesetzliche Unverfallbarkeit)



In diesem Fall muss für jeden angemeldeten Arbeitnehmer der zusätzliche Arbeitgeberzuschuss separat ausgewiesen werden.

Dynamik

Hinweis: Die Regelung zur Beitragsdynamik, wie z. B. „entsprechend der BBG“ erfolgt auf der Arbeitnehmeranmeldung.

Arbeitgeberfinanzierung

Ein **Arbeitgeberbeitrag** wird vereinbart.

Mit Abgabe dieser Erklärung bestätigt der Arbeitgeber die Beachtung und Einhaltung des Gleichbehandlungsgrundsatzes/Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG)

Das Bezugsrecht ist unwiderruflich

ohne Vorbehalt mit Vorbehalt (gesetzliche Unverfallbarkeit)

Beitragszahlung in entgeltlosen Dienstzeiten

Nein (Standard) Ja

Dynamik

Achtung: Bei Auswahl einer Dynamik ist für den arbeitgeberfinanzierten Teil die Ausfertigung einer separaten Versicherung notwendig (nicht mit Entgeltumwandlung in einem Vertrag).

Dynamischer Zuwachs gemäß Änderung Gehalt vertragseinheitlich zum 01. _____ eines Jahres.
Die Mitteilung der Beitragsveränderungen erfolgt vertragseinheitlich bis zwei Wochen vor dem Änderungstermin.

Abschnitt 2: Betriebliche Altersversorgung (KlinikRente.bAV)

2.4.5 Neuzugang KlinikRente.DV und KlinikRente im MPF

Die Anmeldung neu zu versichernder Personen bzw. Versorgungsberechtigter (Neuzugänge) erfolgt jeweils zum Ersten eines Monats.

2.5 Inkasso KlinikRente.DV, KlinikRente im MPF und KlinikRente.UK

Die Beitragszahlung für alle Versicherungen/Versorgungsverhältnisse erfolgt einheitlich durch den Arbeitgeber als Beitrags-schuldner durch eine laufende Beitragszahlung von dem Konto des Arbeitgebers innerhalb der EU.

Die Beiträge werden

Standard: einzeln pro versicherter Person/Versorgungsberechtigtem **per Überweisung** unter Angabe der KlinikRente-Vertragsnummer und dem Namen des Versorgungsberechtigten gezahlt (**diese Variante wird empfohlen**).

einzeln pro versicherter Person/Versorgungsberechtigtem **per Lastschrift** vom Konto des Arbeitgebers entrichtet.

Die Beiträge werden bis auf Widerruf bei Fälligkeit von dem angegebenen Konto eingezogen.

Bitte unterzeichnen Sie das anhängende SEPA-Mandat (zwingend bei Lastschrift).

2.6 Angaben zum Vertragspartner/Arbeitgeber und Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz (GWG)

Kopien der Identifizierungsdokumente sind diesem Formular beizufügen.

Nicht erforderlich bei einer bereits bestehenden Geschäftsbeziehung mit der Allianz Lebensversicherungs-AG in der betrieblichen Altersversorgung. Die Identifizierung des Vertragspartners gilt damit für den Versicherer als erfüllt.

Art des Nachweisdokumentes: (z. B. Handelsregisterauszug)

Nummer des Nachweisdokumentes: (falls vorhanden)

Mitglieder des Vertretungsorgans/der gesetzlichen Vertreter lt. vorliegender Kopie des o. g. Nachweisdokumentes (Handelsregisterauszug o. Ä.). Bei mehr als fünf Vertretern sind die Angaben zu fünf Vertretern ausreichend.

1	Nachname	Vorname
2	Nachname	Vorname
3	Nachname	Vorname
4	Nachname	Vorname
5	Nachname	Vorname

Abschnitt 3: Zielmarkt

Der Verkauf erfolgt innerhalb des Zielmarktes Ja Nein -> Bitte Begründung unten eintragen

Falls nein, Begründung

Abschnitt 4: Vermittlerdaten

Einreichen über Konsorten/Konsorten-Nr.:

	ERGO_Victoria	ERGO_HM
Entspricht Vermittler-Nr.	6/419/1002	6/419/1008

Interne Vermittler-/Agentur-Nr. bei Konsorten

Für die Einhaltung der Bestimmungen der EU-Vermittlerrichtlinie, der VVG-Informationspflichtenverordnung sowie aller anderen anzuwendenden gesetzlichen Bestimmungen sowie die umfassende Beratung und Betreuung des Unternehmens ist der Vermittler zuständig.

Ich bestätige, dass die Identifizierung in Anwesenheit des Vertragspartners von mir persönlich vorgenommen wurde. Die Angaben zum Vertragspartner und zu den wirtschaftlich Berechtigten sind korrekt und wurden von mir anhand amtlicher Dokumente überprüft. Die erforderlichen Kopien habe ich beigefügt.

Unternehmen

Vorname	Nachname
---------	----------

Telefon	E-Mail
---------	--------

Ort, Datum (TT.MM.JJJJ)	Unterschrift Vermittler
-------------------------	-------------------------

X.....

Abschnitt 5: Arbeitgebererklärung

Diese Erklärung gilt zunächst für die Dauer von einem Jahr. Ihre Geltungsdauer verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, falls die Erklärung nicht drei Monate vor Ablauf widerrufen wird. Für die mit dieser Arbeitgebererklärung beantragten Versorgung im Rahmen des Angebotes des Versorgungswerkes KlinikRente gelten die den einzelnen Durchführungswegen zugrunde liegenden Gruppenverträge in ihrer jeweiligen Fassung. Diese sind im ArbeitgeberPortal hinterlegt: www.klinikrente.de/arbeitgeber/bav/gruppenvertraege

Wir bevollmächtigen das KlinikRente Versorgungswerk zur Abgabe und Entgegennahme aller Erklärungen im Zusammenhang mit der Änderung der bestehenden bzw. dem Abschluss neuer Gruppenverträge sowie zur Abgabe und Entgegennahme aller Erklärungen, die im Zusammenhang bzw. als Ergänzung der bestehenden Gruppenverträge gegenüber Dritten erforderlich sind.

Für Tarife der KlinikRente.DV mit beitragsorientierter Leistungszusage gilt: Die Anspruchsbegrenzung wird, soweit sie gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 bzw. Abs. 3 Satz 2 BetrAVG möglich ist, von uns hiermit gegenüber der Allianz Lebensversicherungs-AG erklärt. Wir bevollmächtigen die Allianz Lebensversicherungs-AG, die Erklärung zur Anspruchsbegrenzung nach § 2 Abs. 2 Satz 2 bzw. Abs. 3 Satz 2 BetrAVG gegenüber den Arbeitnehmern abzugeben.

Die weitergehenden Informationen im Rahmen der Informationspflichten gemäß Versicherungsvertragsgesetz (VVG), insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die jeweiligen Gruppenverträge mit Nennung der konsortialen Zusammensetzung, haben wir unter www.klinikrente.de >> Arbeitgeber >> ArbeitgeberPortal eingestellt. Um Zugang zum KlinikRente ArbeitgeberPortal zu erhalten, ist eine einmalige Registrierung notwendig: www.klinikrente.de >> Arbeitgeber >> Log-in-Formular.

Die Bescheinigungen zu den konkreten Anmeldungen der Arbeitnehmer werden durch den Konsortialführer erstellt und zugestellt.

Bevor Sie diese Arbeitgebererklärung unterschreiben, lesen Sie bitte die Hinweise und die Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung. Durch Ihre Unterschrift machen Sie die Hinweise und die Belehrung zum Inhalt dieser Arbeitgebererklärung.

Für Sie als Arbeitgeber entstehen durch diese Erklärung dauerhaft keine Kosten.

Ort, Datum (TT.MM.JJJJ)	Stempel und Unterschrift des Vertragspartners/Arbeitgebers
-------------------------	------------------------------------------------------------

X.....

Einwilligung in die Verwendung von der Schweigepflicht geschützter Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen 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, die Allianz Lebensversicherungs-AG als Unternehmen der Lebensversicherung und federführende Gesellschaft der KlinikRente-Konsortien (im Folgenden „der Federführer“), daher 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 Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen 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 zu 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 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 Schweigepflichtentbindung 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. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.allianz.de/datenschutz 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. 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 im Einzelfall möglich, dass uns der Rückversicherer aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung 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 Federführer 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 Federführer meine von der Schweigepflicht geschützten Vertragsinformationen in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

*) 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 und Deutsche Lebensversicherungs-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 Technology SE * (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe),
- AWP Service Deutschland GmbH * (Assistancedienstleistungen),
- VLS Versicherungslogistik GmbH * (Posteingangsbearbeitung)
- KVM ServicePlus - Kunden- und Vertriebsmanagement GmbH *
- (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- IBM Deutschland GmbH (IT-Wartung)
- Versorgungswerk der Presse GmbH (Versicherungsbetrieb für über das Versorgungswerk der Presse versicherbare Personen; ohne Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung)
- Versorgungsverband bundes- und landesgeförderter Unternehmen e.V.
- als Vertragspartner des Gruppenversicherungsvertrages (Beratung und Betreuung der Mitgliedsunternehmen und deren Mitarbeiter im Rahmender betrieblichen Altersversorgung)
- Rechtsanwältin Wagner Pauls Kalb (Einzug von Forderungen aus Regressen)
- WebID Solutions GmbH (Durchführung des Videoident-Verfahrens zur Identifizierung aufgrund Geldwäschegesetz)
- SCHUFA Holding AG (Durchführung des SCHUFA-Webservice zur Identifizierung aufgrund Geldwäschegesetz)
- Deutsche Post AG (Durchführung des Postident-Verfahrens zur Identifizierung aufgrund Geldwäschegesetz)
- Entsorgungsunternehmen (datenschutzgerechte Vernichtung von Papierunterlagen)
- KlinikRente Versorgungswerk GmbH

Hinweise:

Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz
 Nach dem Geldwäschegesetz (GwG) ist die Allianz verpflichtet, bei der Begründung der Kundenbeziehung die Identität ihres Vertragspartners festzustellen. Darüber hinaus hat die Allianz den wirtschaftlich Berechtigten zu identifizieren. Wirtschaftlich Berechtigter ist grundsätzlich die natürliche Person, in deren Eigentum oder deren Kontrolle der Vertragspartner letztlich steht. Es kann auch mehrere wirtschaftlich Berechtigte geben.

Ort, Datum (TT.MM.JJJJ)	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers	Unterschrift des Vermittlers
	X.....	X.....

Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs.5 Versicherungsvertragsgesetz

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Wir sind auf Ihre Angaben angewiesen, um das Risiko richtig einschätzen zu können und den Beitrag in einer angemessenen Höhe zu ermitteln. Aus diesem Grund sind Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt

Verletzen Sie eine vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Sie haben in diesem Fall Anspruch auf Auszahlung des Rückkaufswerts, soweit Ihre Versicherung die Auszahlung eines Rückkaufswerts dem Grunde nach vorsieht und ein solcher zum Zeitpunkt des Rücktritts vorhanden ist.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie eine vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei einer Lebensversicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag im Fall der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen.

Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt 10 Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Anfechtung

Wenn Sie uns arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten.

6. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

**Pensionsverein
Deutscher Kranken- und Pflegeeinrichtungen e. V.**
Robert-Perthel-Straße 4
50739 Köln

Aufnahmeantrag

in den: **PDK - Pensionsverein Deutscher Kranken- und Pflegeeinrichtungen e. V.**

Name der Mitgliedseinrichtung	
Rechtsform	Anzahl der beschäftigten Arbeitnehmer
Straße und Hausnr.	Postleitzahl und Ort
Ansprechpartner zur bAV	
Telefon	E-Mail

X Mitgliedschaft **kostenfrei**

Datenschutzklausel

Der Antragsteller ist damit einverstanden, dass die im Zusammenhang mit der beantragten Mitgliedschaft mittels dieses Aufnahmeantrags erhobenen Daten gespeichert und an alle betroffenen Vereinseinrichtungen übermittelt werden. Diese Daten sind für den Verein und seine Einrichtungen zur ordnungsgemäßen Durchführung des Beitragseinzugs sowie zur üblichen Betreuung im Rahmen der mitgliedschaftlichen Beziehungen erforderlich.

Ort	Datum	Stempel Vermittler
Unterschrift Antragsteller		

§ 1 Name, Sitz und Rechtsfähigkeit

1. Der Verein führt den Namen „ **PDK - Pensionsverein Deutscher Kranken- und Pflegeeinrichtungen e. V.**“
2. Der Sitz des PDK ist Köln.
3. Der PDK wird in das Vereinsregister eingetragen. Mit der Eintragung erhält der Name des PDK den Zusatz: "Eingetragener Verein" (e. V.).
4. Die Vereinigung kann zur Durchführung des Vereinszwecks Tochtergesellschaften gründen oder erwerben sowie sich an anderen Gesellschaften beteiligen.

§ 2 Vereinsziele

1. Der PDK verfolgt folgende Ziele:
 - a. die Vereinsmitglieder mit aktuellen Informationen auf sozialpolitischem und rechtlichem Gebiet zu Fragen der privaten und betrieblichen Altersversorgung zu versorgen,
 - b. die Wahrung der Arbeitgeberinteressen der Mitglieder gegenüber Behörden, Gewerkschaften, anderen Organisationen sowie der Öffentlichkeit und die laufende Information, Betreuung und Beratung der Mitglieder in Fragen der privaten und betrieblichen Altersversorgung,
 - c. die Förderung aller den sozialen Wohlstand der Arbeitnehmer der Mitglieder dienenden Maßnahmen der betrieblichen Sozialpolitik sowie die Wahrnehmung der Mitgliederinteressen auf dem Gebiet der privaten und betrieblichen Altersversorgung,
2. Ein Rechtsanspruch auf die Wahrnehmung der Interessen steht den Mitgliedern nicht zu.

§ 3 Verwendung der finanziellen Mittel

1. Der PDK ist selbstlos tätig und verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke. Mittel des PDK dürfen nur für satzungsgemäße Zwecke verwendet werden. Die Mitglieder erhalten in ihrer Eigenschaft als Mitglieder keine Zuwendungen aus diesen Mitteln.
2. Es darf keine Person durch Ausgaben, die den Zwecken des PDK fremd sind, oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütung begünstigt werden.
3. Bei Auflösung oder Aufhebung des PDK oder bei Wegfall seines Zweckes beschließt die Mitgliederversammlung über die Verwendung des Vereinsvermögens und der Mittel.

§ 4 Beitrag

Die Höhe und Fälligkeit des jährlichen Mitgliedsbeitrags werden durch die Mitgliederversammlung festgesetzt.

§ 5 Mitgliedschaft

1. Mitglieder des PDK sind die Gründungsmitglieder.
2. Aktives Vereinsmitglied kann jede juristische oder natürliche Person werden, die im deutschen Gesundheitswesen tätig ist und Dienstleistungen im Interesse des deutschen Gesundheitswesens erbringt oder gesellschaftlich bzw. politisch die Interessen des deutschen Gesundheitswesens vertritt und sich zu den Vereinszwecken bekennt sowie bereit ist, die Vereinszwecke aktiv durch persönlichen Einsatz zu fördern.
3. Mitglied des PDK können alle deutschen und regionalen Verbände werden, deren Satzungszweck sich auf die Wahrung der Interessen der im deutschen Gesundheitswesen Tätigen bezieht, ohne Rücksicht darauf, ob die Verbände rechtsfähig sind oder nicht.
4. Fördermitglied kann jede natürliche oder juristische Person werden, die bereit ist, die Vereinsziele durch Spenden oder Beiträge zu fördern. Einem Fördermitglied steht in der Mitgliederversammlung allerdings kein Stimmrecht zu.
5. Die Mitgliedschaft wird erworben durch Annahme des schriftlichen Aufnahmeantrages durch den Vorstand des PDK. Bei Ablehnung des Antrages müssen die Gründe nicht mitgeteilt werden.
6. Die Mitgliedschaft endet durch schriftlich erklärten Austritt, Ausschluss, bei juristischen Personen mit deren Auflösung, bei natürlichen Personen durch Tod des Mitglieds, sowie bei Konkursöffnung.
7. Die Mitgliedschaft beträgt mindestens ein Kalenderjahr. Die Kündigung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres ausgesprochen werden. Sie hat schriftlich gegenüber dem Vorstand des PDK zu erfolgen.
8. Bei Vorliegen eines wichtigen Grundes kann der Vorstand ein Mitglied mit sofortiger Wirkung ausschließen. Insbesondere kann ein Ausschluss dann erfolgen, wenn ein Mitglied dem Zweck der Vereinigung grob zuwider handelt oder wenn das Mitglied mit der Zahlung von mindestens einem Jahresbeitrag in Verzug ist. Gegen den Beschluss des Vorstandes kann innerhalb eines Monats nach Zugang des Ausschlusses Berufung an die Mitgliederversammlung eingelegt werden, die mit Mehrheit der anwesenden Mitglieder entscheidet.
9. Die Mitglieder zahlen einen Jahresbeitrag, dessen Höhe durch Beschluss der Mitgliederversammlung festgelegt wird.

§ 6 Organe des PDK

Organe des PDK sind:

- a) die Mitgliederversammlung
- b) der Vorstand
- c) der Beirat

§ 7 Vorstand

1. Der Vorstand besteht aus dem Vorsitzenden und mindestens einem Stellvertreter. Der PD wird von zwei Vorstandsmitgliedern gerichtlich oder außergerichtlich gemeinsam vertreten.
2. Der Vorstand kann eine nicht dem Vorstand oder dem Verein angehörende Person oder ein Mitglied des Vorstandes zum Geschäftsführer bestimmen. Der Geschäftsführer des PDK ist die Weisungen des Vorstandes gebunden.
3. Der Vorstand wird für die Dauer von 4 Jahren bestellt. Er wird von der ordentlichen Mitgliederversammlung schriftlich in geheimer Abstimmung gewählt. Nach Ablauf der Amtsdauer bleibt ein Vorstandsmitglied bis zur Wahl des Nachfolgers im Amt. Scheidet ein Vorstandsmitglied vor Ablauf seiner Amtsdauer aus, so wählt der Vorstand für den Rest der Amtszeit des ausgeschiedenen Mitgliedes einen Nachfolger aus der Reihe der Vereinigungsmitglieder.
4. Der Vorstand entscheidet mit einfacher Stimmenmehrheit. Er ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder eingeladen sind und mindestens zwei Mitglieder anwesend sind. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des ersten Vorsitzenden bzw. des die Sitzung leitenden Vorsitzenden den Ausschlag.

§ 8 Beirat

1. Der Beirat kann bei Bedarf von der Mitgliederversammlung gewählt werden.
2. Der Beirat besteht aus maximal fünf Mitgliedern.
3. Der Beirat steht dem Vorstand beratend zur Seite.

§ 9 Mitgliederversammlung

1. Die Mitgliederversammlung ist das oberste Organ des PDK. Sie tritt nach Bedarf, mindestens jedoch alle 2 Jahre zusammen. Sie wird vom Vorstand einberufen und soll vom Vorstandsvorsitzenden geleitet werden. Die Einladung erfolgt schriftlich mindestens 2 Wochen vor dem Zusammentritt; maßgeblich ist der Tag der Absendung.
2. Auf Antrag von mindestens einem Drittel aller Mitglieder muss der Vorstand eine außerordentliche Mitgliederversammlung einberufen. Der Antrag der Mitglieder ist schriftlich zu stellen und muss den Zweck und den Grund der außerordentlichen Mitgliederversammlung angeben.
3. Dem Beschluss der Mitgliederversammlung unterliegen
 - Satzungsänderungen,
 - Wahl, Entlassung und Entlastung des Vorstandes,
 - Genehmigung der Jahresabrechnung und Bilanz,
 - die Wahl von Rechnungsprüfern,
 - die Festsetzung der Mitgliederbeiträge,
 - die Auflösung des PDK.
4. Die Mitgliederversammlung fasst ihre Beschlüsse mit einfacher Mehrheit und ist ohne Rücksicht auf die Zahl der Erschienenen beschlussfähig. Die Vertretung abwesender Mitglieder ist ausgeschlossen. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden der Versammlung. Zur Satzungsänderung oder zur Auflösung der Vereinigung ist eine Mehrheit von 3/4 der erschienenen Mitglieder notwendig. Die Beschlüsse sind schriftlich niederzulegen und vom Protokollführer zu unterzeichnen.

§ 10 Satzungsänderungen

1. Eine Änderung des Vereinszwecks (§ 2 der Satzung) ist ausgeschlossen.
2. Satzungsänderungen, die vom Registergericht oder einer Behörde verlangt werden, kann der Vorstand beschließen.

§ 11 Geschäftsjahr

1. Das Geschäftsjahr des Vereins ist das Kalenderjahr.
2. Das erste Geschäftsjahr beginnt mit dem Tag der Gründung.

Bankverbindung

KlinikRente im MPF (Pensionsfonds)

Empfänger: MetallPensionsfonds (KlinikRente)

BIC DRESDEFF600
IBAN DE12 6008 0000 0911 1621 02
Bank **Commerzbank AG**

Verwendungszweck: Versicherungsnummer (x/xxxxxx/xx) und Name VP

oder

falls diese noch nicht vorhanden ist, dann **Name der Klinik, Name VP und Geb. Datum VP.**

Bitte zurücksenden an



Allianz Lebensversicherungs-AG
10850 Berlin

Vertragsführende Gesellschaft

Allianz Lebensversicherungs-AG

Mandatsnummer

Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit.

Antragsnummer / Vertragsnummer

SEPA-Lastschriftmandat

Wir ermächtigen die vertragsführende Gesellschaft, alle Forderungen zu diesem Vertrag (insbesondere Beiträge, Zinsen, Gebühren) bei Fälligkeit von unserem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Ermächtigung gilt auch für künftig vereinbarte Änderungen zu diesem Vertrag (z. B. Abschluss weiterer Versicherungsbausteine).

Unser Geldinstitut **weisen wir an**, die Lastschriften der vertragsführenden Gesellschaft einzulösen, die von unserem Konto eingezogen werden.

Der Lastschrifteinzug wird uns spätestens zwei Kalendertage vor dem ersten Einzug angekündigt.

Wir können innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Datum der Kontobelastung – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit unserem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

(Bitte tragen Sie alle Angaben in Großbuchstaben auf die vorgegebenen Linien ein. Zusätzliche handschriftliche Vermerke können wir leider nicht berücksichtigen.)



PESVA02510

Versicherungsnehmer

Name der Firma

Vertragsführende Gesellschaft mit Gläubiger-Identifikationsnummer:

Allianz Lebensversicherungs-AG

- DE07ZZZ00000063475 (Direktversicherung und Rückdeckungsversicherung)
- DE57ZZZ00000085855 (Pensionsfonds)

Kontoinhaber (wenn nicht Versicherungsnehmer)

Name, Vorname (bzw. Firma)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Geldinstitut

IBAN input field

IBAN

BIC input field

BIC

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Firma

- Rücksendemöglichkeiten:**
- per Post an die Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin
 - per Fax an 08 00 44 00 104
 - als Scan/Foto an die lebensversicherung@allianz.de
 - durch Rückgabe an Ihren Vermittler