



Bestattungsschutzbrief

# Vorher schon an nachher denken

Beitragsübersicht und Antrag zum  
Allianz Bestattungsschutzbrief

Allianz Lebensversicherungs-AG

**Allianz** 

# Allianz Bestattungsschutzbrief

Beitragszahlungsdauer bis Alter 85 Jahre – Unisex

– Versicherungsbeginn 01.01.2016; Zukünftige Tarifänderungen sind nicht berücksichtigt –

Eintrittsalter	Monatlicher Beitrag	Einmalbeitrag	Monatlicher Beitrag	Einmalbeitrag
<b>Garantiekapital: 5.000 EUR*</b>			<b>Garantiekapital: 7.500 EUR*</b>	
40	13,75	4.658,11	19,35	6.533,27
41	14,12	4.675,01	19,91	6.568,71
42	14,51	4.692,05	20,50	6.604,39
43	14,93	4.709,17	21,12	6.640,23
44	15,36	4.726,30	21,78	6.676,14
45	15,83	4.743,57	22,47	6.712,29
46	16,33	4.760,83	23,21	6.748,46
47	16,84	4.778,10	23,99	6.784,67
48	17,39	4.795,45	24,81	6.821,01
49	17,97	4.812,73	25,68	6.857,25
50	18,58	4.830,07	26,60	6.893,58
51	19,25	4.847,37	27,59	6.929,84
52	19,94	4.864,66	28,63	6.966,10
53	20,68	4.881,97	29,75	7.002,37
54	21,48	4.899,23	30,94	7.038,57
55	22,34	4.916,54	32,22	7.074,83
56	23,25	4.933,78	33,59	7.111,01
57	24,25	4.951,02	35,08	7.147,19
58	25,31	4.968,28	36,68	7.183,39
59	26,48	4.985,51	38,42	7.219,53
60	27,73	5.002,64	40,30	7.255,52
61	29,11	5.019,78	42,37	7.291,51
62	30,61	5.036,76	44,61	7.327,22
63	32,25	5.053,51	47,07	7.362,47
64	34,04	5.070,03	49,75	7.397,26
65	36,00	5.086,11	52,68	7.431,22
66	38,08	5.101,75	55,81	7.464,28
67	40,36	5.116,90	59,21	7.496,31
68	42,82	5.131,40	62,90	7.527,06
69	45,51	5.145,27	66,91	7.556,52
70	48,42	5.158,47	71,28	7.584,61
71	51,61	5.171,07	76,05	7.611,45
72	55,14	5.183,13	81,32	7.637,15
73	59,08	5.194,72	87,21	7.661,87
74	63,63	5.205,88	94,02	7.685,75
75	68,90	5.216,63	101,89	7.708,81
76	75,45	5.226,95	111,69	7.731,05
77	82,97	5.236,86	122,92	7.752,48
78	92,25	5.246,24	136,77	7.772,89
79	104,10	5.255,03	154,46	7.792,18
80	120,01	5.263,28	178,20	7.810,40
<b>Garantiekapital: 10.000 EUR*</b>				
40	24,95	8.408,43		
41	25,70	8.462,41		
42	26,49	8.516,73		
43	27,32	8.571,30		
44	28,19	8.625,98		
45	29,11	8.681,01		
46	30,10	8.736,09		
47	31,13	8.791,24		
48	32,23	8.846,56		
49	33,39	8.901,78		
50	34,62	8.957,09		
51	35,93	9.012,31		
52	37,32	9.067,53		
53	38,81	9.122,77		
54	40,39	9.177,90		
55	42,11	9.233,13		
56	43,93	9.288,25		
57	45,92	9.343,36		
58	48,05	9.398,50		
59	50,36	9.453,54		
60	52,87	9.508,39		
61	55,63	9.563,23		
62	58,62	9.617,67		
63	61,89	9.671,43		
64	65,47	9.724,50		
65	69,36	9.776,33		
66	73,53	9.826,81		
67	78,06	9.875,73		
68	82,98	9.922,73		
69	88,32	9.967,77		
70	94,13	10.010,75		
71	100,49	10.051,82		
72	107,51	10.091,16		
73	115,35	10.129,03		
74	124,41	10.165,62		
75	134,89	10.200,99		
76	147,93	10.235,14		
77	162,87	10.268,09		
78	181,29	10.299,54		
79	204,82	10.329,34		
80	236,38	10.357,53		

\*Hierzu kommen noch die Werte aus der Überschussbeteiligung.

# Antrag auf Abschluss eines Bestattungsschutzbriefs

Interne Vermerke  S  V

## Persönliche Daten

Antragsteller (VN und zu versichernde Person)  Herr  Frau  Anredeszusätze \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Zuname, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_ Geburtsland \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort, Wohnland \_\_\_\_\_ Geburtsname+ \_\_\_\_\_

Straßen-, Ortszusatz \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Hinweis: Ist der Vertragspartner eine **juristische Person** oder Personengesellschaft oder eine nicht rechtsfähige Vereinigung, bitte verwenden Sie das Formular EV---0783Z0.

Ausweisdaten  Personalausweis  Reisepass  elektronischer Aufenthaltstitel \_\_\_\_\_

Ausweisnummer \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_ Gültig bis (Ablaufdatum) \_\_\_\_\_

ausstellende Behörde \_\_\_\_\_ Ausstellungsland \_\_\_\_\_

Telefon+ \_\_\_\_\_ Fax+ \_\_\_\_\_ E-Mail+ \_\_\_\_\_

Familienstand+  Ledig  Verheiratet  Verwitwet  Eheähnliche Lebensgemeinschaft

## Daten der Versicherung (Um Rückfragen zu vermeiden, fügen Sie bitte die Angebotsberechnung bei!)

Tarifbezeichnung \_\_\_\_\_ Versicherungsbeginn 0 1 \_\_\_\_\_

Eintrittsalter \_\_\_\_\_ Beitragszahlungsdauer \_\_\_\_\_ Versicherungsdauer \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_ Jahre **lebenslang**

Einzel  S  G  IPV  StG  StC  StU  StF

Zugehörigkeit Rahmenkonstruktion  Finanzdienstleister

General- und Hauptvertreter ABV  Mitarbeiter Allianz Innendienst

Mitarbeiter Allianz Außendienst  Sonstiger Mitarbeiter

Makler- und Bankeneigengeschäft (Sonstiger Mitarbeiter)

Mitarbeiter von Gesetzlichen Krankenkassen mit Arbeitsplatz in Baden-Württemberg

Beitragszahlung erfolgt  monatlich\*  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich  einmalig

## Zuwachs

Es wird der dynamische Zuwachs von Leistung und Beitrag beantragt **Wenn kein Zuwachs gewünscht wird, bitte ankreuzen  ohne Zuwachs.**

## Allianz Bestattungsschutzbrief

### Wir bieten Ihnen:

- Vermittlung einer kostenfreien, einstündigen Erstberatung per Telefon durch einen qualifizierten Anwalt zur Klärung von Testaments- und Nachlassfragen nach Ablauf von 12 Monaten.
- **Organisation der Bestattung.** Nähere Einzelheiten siehe Erläuterungen zur Bestattungsvorsorge auf der Rückseite.

Die Serviceleistungen erbringen wir bis zur Höhe des Kapitals bei Tod von  5.000 EUR  7.500 EUR  10.000 EUR  \_\_\_\_\_ EUR

Beitrag .....>  EUR

Je nach Alter der zu versichernden Person kann es dazu führen, dass die eingezahlten Beiträge das Garantiekapital bei Tod übersteigen.

## Inkasso

Zuname, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit und Anschrift des Beitragszahlers (nur ausfüllen, wenn der Beitragszahler nicht der Antragsteller/VN ist).

Beitragszahler \_\_\_\_\_

Ist der abweichende Beitragszahler eine **juristische Person** bitte die Erklärung EV---0783Z0 beifügen.

Personalausweis  Reisepass  elektronischer Aufenthaltstitel Ausweisnummer \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_ Gültig bis (Ablaufdatum) \_\_\_\_\_

ausstellende Behörde \_\_\_\_\_ Ausstellungsland \_\_\_\_\_

Die Beiträge werden bis auf Widerruf bei Fälligkeit gemäß beigefügtem SEPA-Lastschriftmandat eingezogen.

**Bitte unterzeichnen Sie das SEPA-Mandat auf der letzten Seite. (Zwingend bei Lastschrift.)**

Sammel-/Rahmenvertrag Nr. \_\_\_\_\_ Sammel-/Rahmenvertragspartner (Werksbezeichnung mit Lohn-/Gehalt-Zahlstelle) \_\_\_\_\_ Personal-Nr. des Antragstellers \_\_\_\_\_

Der Beitragszahler ist mit den im Sammel-/Rahmenvertrag vereinbarten Zahlungsmodalitäten einverstanden. Soweit Lastschrifteinzug zwingend erforderlich ist, wurde die Einzugsermächtigung erteilt.

Lohnempfänger  Gehaltsempfänger  Die versicherte Person gehört dem im Sammel-/Rahmenvertrag beschriebenen Personenkreis an.

+Freiwillige Angabe.

\* Monatliche Beitragszahlung ist nur bei Erteilung einer Einzugsermächtigung möglich.



## A. Erklärungen

**A. 1.** Hiermit beantrage ich den Abschluss der erfassten Versicherung. Die für den Abschluss des/der Vertrages/Verträge erforderlichen Angaben habe ich gegenüber dem Vermittler gemacht.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes bin ich einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt.

**A. 2.** Ich gebe folgende Erklärungen zur Datenverarbeitung ab:

### Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung

#### 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 bzw. Allianz Pensionskasse AG, je nachdem an welchen Versicherer sich Ihre Erklärung richtet (im Folgenden „der Versicherer“), als Unternehmen der Lebensversicherung Ihre Entbindung, 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 Versicherers.

#### Weitergabe Ihrer von der Schweigepflicht geschützten Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

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. Insofern 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 <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.

##### 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 möglich, dass uns der Rückversicherer aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen 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 Versicherer 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 Versicherer meine von der Schweigepflicht geschützten Vertragsinformationen in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt **und entbinde** die für den Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

##### Einwilligungserklärung bei Verträgen mit IPV-Rabatt

Zum Erhalt der besonderen Konditionen im Rahmen der IPV-Mitgliedschaft **willige ich ein**, dass der Allianz Versicherer, bei welchem ich einen Vertrag abgeschlossen habe, dem IPV zur Ermittlung der teilnahmeberechtigten Personen meine Zugehörigkeit zum versicherbaren Personenkreis sowie mein Ausscheiden daraus mitteilen darf. Erteile ich diese Einwilligung nicht oder widerrufe sie später, ist ein Erhalt der besonderen Konditionen nicht möglich.

##### 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 und die 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 Managed Operations & Services SE\* (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe)
- AGA 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 ohne Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung für über das Versorgungswerk der Presse versicherbare Personen)
- Rechtsanwälte Wagner Pauls Kalb (Einzug von Forderungen aus Regressen)
- Entsorgungsunternehmen (datenschutzgerechte Vernichtung von Papierunterlagen)

## B. Hinweise

### Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen werden Ihr Antrag, der Versicherungsschein sowie die Ihnen übermittelten Versicherungsbedingungen. Haben Sie auf deren Übermittlung vor Antragstellung verzichtet, erhalten Sie diese zusammen mit dem Versicherungsschein.

### Widerrufsrecht

Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheines widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht sowie die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

### 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 unter deren Kontrolle der Vertragspartner letztlich steht. Es kann auch mehrere wirtschaftlich Berechtigte geben.

## Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. So können Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z. B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von den Unternehmen der Allianz Deutschland Gruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.

Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter [www.allianz.de/datenschutz](http://www.allianz.de/datenschutz) abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden sie per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an Ihren Versicherer, die Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 04 oder [lebensversicherung@allianz.de](mailto:lebensversicherung@allianz.de)

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie bei Ihrem Versicherer geltend machen, bei der Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin.

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Allianz Deutschland Gruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

## Unterschriften (Bitte mit Name und Vorname)

! Mit der Unterschrift gebe ich die auf der Rückseite unter **A. aufgeführten Erklärungen einschließlich der Erklärungen zur Datenverarbeitung** ab. Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die **Hinweise unter B. habe ich zur Kenntnis genommen**.

**Bitte beachten Sie**, dass Sie Ihren **Versicherungsschutz gefährden**, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Ausführliche Hinweise zu Ihren Anzeigepflichten und den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in den **Versicherungsbedingungen** (Teil B – Pflichten für alle Bausteine) bzw. in der **„Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“**.

Ort/Datum

Antragsteller (Versicherungsnehmer und zu versichernde Person)

Beitragszahler (soweit nicht identisch mit Antragsteller und kein SEPA-Lastschriftmandat vorliegt)

Vermittler

## Empfangsbestätigung

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen erhalten:

- **Produktinformationsblatt** (nicht bei Verzicht)
- **Versicherungsinformationen** (nicht bei Verzicht)
- **Versicherungsbedingungen** (nicht bei Verzicht)

Unterschrift Antragsteller/gesetzlicher Vertreter

## Ihre Vorteile im Überblick

- 1** Sie regeln die Bestattung genau nach Ihren Wünschen.
- 2** Sie können sicherstellen, dass das erforderliche Geld zur Verfügung steht und nach Ihren Vorstellungen verwendet wird.
- 3** Bei Fragen sind Sie nicht allein. Sie können sich rund um die Uhr an unsere ServiceLine wenden, die Sie gern berät und unterstützt.
- 4** Sie übernehmen Verantwortung und profitieren von einer unkomplizierten und sicheren Lösung.

## Verantwortung übernehmen ...

Bestattungsschutzbrief – wer macht denn so was? Natürlich kann man sich denken, mit dem Tod ist alles vorbei. Doch immer mehr Menschen möchten Vorsorge auch für den letzten Weg treffen. Warum? Es gibt verschiedene Gründe. Zwei Beispiele.

### In guter Erinnerung bleiben

Wer möchte nicht in guter Erinnerung bleiben? Dazu gehört auch ein Abschied, wie man ihn sich selbst vorstellt und der zu einem passt. Wer kann dies besser festlegen als man selbst? Und warum soll man dies Trauernden überlassen, die sich ohnehin in einer schwierigen Situation befinden? Und letztlich ist auch die Planung und Pflege der Grabstätte wichtig – als Ort bleibender Erinnerung.

### Kosten

Die Höhe von Bestattungskosten ist häufig nicht bekannt. Beträge über 5.000 EUR sind schnell erreicht. Vorsorge ist da kein Luxus, sondern Ausdruck von Verantwortung.

## ... und alles ist geregelt

Der Allianz Bestattungsschutzbrief hilft Ihnen bei der Gestaltung des letzten Weges. Er bietet Ihnen vor allem drei Vorteile:

### 1. Beratung

Sie profitieren von unserer ServiceLine zu Bestattungsfragen und einer anwaltlichen Erstberatung zu Nachlass- und Testamentsfragen.

### 2. Organisation

Sie können selbst festlegen, wie Ihre Bestattung aussehen soll.

### 3. Finanzierung

Es ist sichergestellt, dass die finanziellen Mittel für die von Ihnen gewünschte Bestattung bereitstehen und genau dafür verwendet werden.

## Wie das funktioniert?

Ganz einfach. In nur drei Schritten können Sie sich sicher sein, dass nach Ihrem Tod alles nach Ihren Wünschen abläuft.

### 1. Summe ermitteln

Überschlagen Sie grob, welche Kosten für die von Ihnen gewünschten Leistungen entstehen. Ihr Versicherungsfachmann vor Ort unterstützt Sie gern dabei.

### 2. Beitragszahlung festlegen

Anhand der ermittelten Kosten errechnet sich Ihr Beitrag. Ob Einmalbeitrag oder laufende Beitragszahlung entscheiden Sie.

### 3. Leistungen bestimmen

Nach Abschluss erhalten Sie von uns mit der Versicherungspolice einen einfachen Fragebogen, in dem Sie alle Ihre Wünsche festhalten können. Darüber hinaus haben wir für Sie einen telefonischen Beratungsdienst eingerichtet, der Ihnen gern zur Verfügung steht. Natürlich kostenlos und rund um die Uhr.



Bitte zurücksenden an



Allianz Lebensversicherungs-AG  
10850 Berlin

**Vertragsführende Gesellschaft**

Allianz Lebensversicherungs-AG

**Gläubiger-Identifikationsnummer**

DE07ZZZ00000063475

**Mandatsnummer**

Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit.

**Antragsnummer / Vertragsnummer**

---

**SEPA-Lastschriftmandat**

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

Mein Geldinstitut **weise ich an**, die Lastschriften der vertragsführenden Gesellschaft einzulösen, die von meinem Konto eingezogen werden.

Der Lastschrifteinzug wird mir spätestens fünf Kalendertage vor dem ersten Einzug angekündigt.

Ich kann innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Datum der Kontobelastung – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem 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, Vorname (bzw. Firma)

**Kontoinhaber** (wenn nicht Versicherungsnehmer)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (bzw. Firma)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort

**Geldinstitut**

\_\_\_\_\_

**IBAN**

\_\_\_\_\_

**BIC**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

- 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