


www.allianz.de
 lebensversicherung@allianz.de

Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin

OE 5045 98E2 68 A001 77EC
 DV 07 20 0.95 Deutsche Post 



*K0377*00139193*9866*0006014*0207*



Es betreut Sie


Generalvertretung
 Marcus Morgenstern
 Rheinstr.4
 64319 Pfungstadt
 Tel.06157/919101

Service Mo.-Fr. 8-20 Uhr	Ihr Ansprechpartner, Datum
Tel. (0721)5045-64330	Kundenservice
Fax 0800 4 400104	01.07.2020
Aus dem Ausland: Fax +49 89 207602914	

Information zum Ablauf der Versicherung

Allianz Direktversicherung

Nr. 

Sehr geehrte 

vielen Dank für Ihre Treue und Ihr Vertrauen. Wir konnten für Sie eine attraktive Rendite erwirtschaften, trotz der niedrigen Zinsphase. Heute teilen wir Ihnen vorläufige Werte zu Ihrer Versicherungsleistung mit. Die Abrechnung mit endgültigen Werten schicken wir Ihnen sechs Wochen vor Ablauf.

Wir möchten Ihre Leistung pünktlich zum 01.11.2020 auszahlen. Dafür benötigen wir Ihre Hilfe.

Bitte schicken Sie uns die beiliegenden Formulare bis zum 01.09.2020 ausgefüllt zurück oder geben Sie diese bei Ihrem Versicherungsfachmann ab.

Gerne unterstützt Sie Ihre Agentur Marcus Morgenstern hierbei. Vereinbaren Sie einen Service-Termin, um gemeinsam die notwendigen Formulare vorzubereiten und sicherzustellen, dass Ihnen Ihre Auszahlung ohne Verzögerung zur Verfügung steht.

Folgende Leistung steht ab dem 01.11.2020 **garantiert** für Sie bereit.

einmalige Kapitalzahlung

31.432,00 EUR

Zu der garantierten Leistung können noch **zusätzliche** Leistungen aus der **Schlussüberschussbeteiligung** und der Beteiligung an den Bewertungsreserven hinzukommen. Nach heutigem Stand sind dies **1.475,01 EUR** einmalige Kapitalzahlung. Die Höhe der **zusätzlichen** Leistungen steht jedoch noch nicht fest und kann schwanken oder auch ganz entfallen. Sie **hängt** vor allem von der Zinsentwicklung auf dem Kapitalmarkt und **von** der Entwicklung der Lebenserwartung ab. Bei der Ermittlung der vorläufigen Werte haben wir angenommen, dass die Beiträge bis zum **Ablauf** der Versicherung bezahlt werden.

Abschließend bitten wir Sie anhand der folgenden Liste zu prüfen, ob Sie uns alle erforderlichen Informationen mitgeteilt haben.

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Klaus-Peter Rontler
 Vorstand: Dr. Andreas Wimmer, Vorsitzender, Käte de la Vnna, Laura Gersch, Dr. Ach Neumann, Dr. Volker Pribe, Dr. Thomas Wissermann
 Sitz der Gesellschaft: Stuttgart, Registergericht: Stuttgart HRB 20233
 Für Umsatzsteuerzwecke: USt-IdNr.: DE 811 150 678 für Versicherungsteuerzwecke: VersSt-Nr.: 801 V90801011184
 Finanz- und Versicherungsleistungen: S. d. UStG-MwStSysRL sind von der Umsatzsteuer befreit.

K9D KDVT

Wichtige Hinweise zur Auszahlung der Versicherungsleistung

Auszahlung der Versicherungsleistung

Im Zusammenhang mit der Auszahlung der Versicherungsleistung müssen wir verschiedene gesetzliche Vorschriften und Regelungen beachten. Um diese zu erfüllen, benötigen wir Ihre Mithilfe.

Wenn die Auszahlung nicht an sich selbst oder auf ein Gemeinschaftskonto erfolgt, geben Sie uns bitte noch eine Kopie des Personalausweises Ihres Zahlungsempfängers oder weiteren Kontoinhabers zur Identifizierung mit. Erfolgt die Auszahlung an eine Firma, benötigen wir eine Kopie des Handelsregisterauszugs oder eines vergleichbaren amtlichen Registers oder Verzeichnisses.

Zudem müssen wir bei Auszahlungen von Versicherungsleistungen, welche nicht an den Versicherungsnehmer direkt erfolgen, das Erbschaftsteuerfinanzamt informieren - dort wird dann geprüft, ob eine Erbschafts- oder Schenkungsteuerpflicht besteht. Darunter können auch Auszahlungen auf ein Gemeinschaftskonto fallen.

Was sollten Sie wissen, wenn das Geld nicht pünktlich auf dem Konto ist?

Liegen uns die Informationen zur Bankverbindung vor, weisen wir die Zahlung rechtzeitig zum Ablauftermin an. Wenn der Ablauftermin ein Bankarbeitstag ist, erfolgt die Gutschrift im Verlauf des Tages. Bitte informieren Sie sich im Zweifel bei Ihrer Bank.

Ist der Ablauftermin kein Bankarbeitstag? Dann erfolgt die Gutschrift am nächsten Bankarbeitstag.

Auf die Gutschrift auf dem Konto haben wir leider keinen Einfluss; in der Regel werden die Leistungen durch die Banken jedoch wertstellungsgerecht, d.h. zum gleichen Termin gutgeschrieben.

Leistungen aus Lebens- bzw. Rentenversicherungen können steuerpflichtig sein.

Informationen über "Krankenversicherungen der Rentner" und den Versicherungsvertrag

Wir sind aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen im Sozialgesetzbuch (§ 202 und § 256 SGB V) verpflichtet, für Mitglieder der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung die zuständige Krankenkasse zu ermitteln. Im Anschluss daran ist die Krankenkasse über den von uns an Sie zu leistenden Betrag (Versorgungsbezug) zu informieren.

Bei einer Kapitalleistung werden Sie unmittelbar von Ihrer Krankenkasse über die mögliche Beitragspflicht des Versorgungsbezugs informiert. In einem Beitragsbescheid wird Ihnen die konkrete Vorgehensweise sowie der erhobene Beitrag (ggf. Beitragszuschlag in der Pflegeversicherung von 0,25% bei nicht nachgewiesener Elterneigenschaft) mitgeteilt werden.

Bitte schicken Sie uns deshalb die vorbereitete Erklärung "Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge aus Versorgungsbezügen" entsprechend ausgefüllt zurück.



333760
000000
3
000000

Versicherung Nr. [redacted]

Allianz Lebensversicherungs-AG
10850 Berlin

Bitte ausfüllen und unterschrieben
zurückschicken. Vielen Dank!

Kranken- und Pflegeversicherungsbeträge aus Versorgungsbezügen

Zur Person des Versorgungsberechtigten machen wir folgende Angaben:

Vorname/Zuname: [redacted] Geb. Dat.: [redacted]

Straße/Haus-Nr.: [redacted]

Postleitzahl/Wohnort: [redacted]

abweichender Versorgungsberechtigter oder Änderungen zu den o. g. Angaben

Bitte die Buchstaben in die Kästchen schreiben

Vorname

Zuname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Der Versorgungsberechtigte ist

gesetzlich pflichtversichert

gesetzlich freiwillig versichert

privat versichert

Die nachfolgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn der Versorgungsberechtigte gesetzlich oder freiwillig gesetzlich krankenversichert ist.

Name der Krankenkasse: _____

Straße/Haus-Nr.: _____

Postleitzahl/Ort: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Datum: _____

.....
Unterschrift des Versicherungsnehmers
[redacted]