



Bitte senden Sie den Antrag an:

(Folgende Daten werden von der PIA ausgefüllt.)

Produktinformationsstelle Altersvorsorge  
Fraunhofer-Platz 1  
67663 Kaiserslautern

Eingangsdatum:  
Aktennummer:  
Gebührenklasse:  
Gebührenbescheid-Nr.:

(nach § 3 Abs. 2 Satz 3 AltZertG)

## ANTRAG AUF KLASSIFIZIERUNG EINES ALTERSVORSORGE- BZW. BASISRENTENTARIFES

Konsortium

### 1. Daten des Antragstellers:

Name des Antragstellers:	<input type="text"/>
Vollständige Adresse:	<input type="text"/>
Telefon und Fax:	<input type="text"/> <input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>
BAK-Nr. oder Reg.-Nr.:	<input type="text"/>

### 2. Daten des Ansprechpartners:

Name:	<input type="text"/>
Funktion/Abteilung:	<input type="text"/>
Telefon und Fax:	<input type="text"/> <input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>



**3. Daten des zu klassifizierenden Tarifs:**

Tarifbezeichnung: (der interne oder vertriebliche Tarifname)	
Zertifikatsnummer:	
Datum der Zertifizierung:	
Handelt es sich um eine Variante eines bereits klassifizierten oder zur Klassifizierung beantragten Tarifs?  (Bitte beschreiben Sie unter „Tarifmerkmale“ die wesentlichen Unterschiede dieser Variante zu anderen Varianten)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Wenn ja, bitte geben Sie die Antragsnummer des klassifizierten Tarifs und (falls vorhanden) das Datum der Klassifizierung an:  <input type="text"/> <input type="text"/>
Für die Klassifizierung wesentliche Tarifmerkmale (Geben Sie insbesondere den Produkttyp gemäß der Gebührensatzung ein bzw. den Typ, der Ihrem Tarif am nächsten kommt):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="text"/>  Versicherung mit Indexpartizipation:  Anlage in Optionen mit expliziter Preisformel: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Versicherungen und Fondssparpläne:  Wertsicherung/Garantie auf Ebene der Anlageklasse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <u>Modellierungsrelevante Wahlmöglichkeiten</u>  Hat der Kunde Wahlmöglichkeiten in modellierungsrelevanten Tarifeigenschaften? (z.B. Garantieniveau bei Schiebereglerprodukten): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Falls ja, welche?  <input type="text"/>

Hinweis: Bitte stellen Sie für jeden Tarif und jede Tarifvariante einen separaten Antrag.



#### 4. Zusätzliche Angaben zum Tarif:

Die Einordnung des Tarifs in Chancen-Risiko-Klassen erfolgt mithilfe mathematischer Simulationsverfahren, die im Auftrag der Produktinformationsstelle Altersvorsorge durch Fraunhofer-Institut für Techno- und Wirtschaftsmathematik durchgeführt werden. Hierfür sind zusätzliche Daten und Informationen erforderlich. Nach Eingang dieses Antrags erhalten Sie abhängig vom Produkttyp zusätzliche Formulare, die Sie vollständig und korrekt ausgefüllt zurückschicken müssen.

#### 5. Gebühren:

Auf Grund der nach § 3a Absatz 3 Satz 2 Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz (AltZertG) durch das Bundesministerium der Finanzen genehmigten Gebührensatzung erlässt die Produktinformationsstelle Altersvorsorge einen Gebührenbescheid. Die abschließende Bearbeitung Ihres Antrags kann erst nach Eingang der Gebühr erfolgen.

#### Erklärungen des Antragstellers:

Ich erkläre, dass

- alle Angaben in diesem Antrag vollständig sind und den Tatsachen entsprechen;
- alle im Zusammenhang mit der Antragstellung stehenden Änderungen unverzüglich mitgeteilt werden.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Produktinformationsstelle Altersvorsorge die Richtigkeit der obigen Angaben durch eine Abfrage beim Bundeszentralamt für Steuern (Zertifizierungsstelle) überprüfen darf.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Produktinformationsstelle Altersvorsorge alle Informationen und Daten, die im Rahmen der Klassifizierung dieses Tarifs zur Durchführung des mathematischen Simulationsverfahrens benötigt werden, an das Fraunhofer-Institut für Techno- und Wirtschaftsmathematik weiterleiten darf.

Bei einer Bevollmächtigung durch den/die Konsortialpartner gelten die vorstehenden Erklärungen uneingeschränkt auch für diese (die Vollmacht/en ist/sind beigefügt). Ansonsten ist eine gesonderte Erklärung durch die/den Konsortialpartner abzugeben.

**Ich stimme der Veröffentlichung der festgestellten Chancen-Risiko-Klasse in einem von der Produktinformationsstelle Altersvorsorge geführten öffentlichen Register im Internet zu**

Ja

Nein.

**Die Chancen-Risiko-Klasse wird im Register zum Zeitpunkt der erstmaligen Verwendung beim Anbieter von der Produktinformationsstelle Altersvorsorge aktualisiert. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit die Zustimmung zur Veröffentlichung in schriftlicher Form widerrufen kann.**

Vertreten durch

Name der Unterschriftsberechtigten mit Unterschrift im Original



Die folgenden Daten sind für jeden Konsortialpartner anzugeben. Bei Bedarf bitte dieses Blatt vervielfältigen und dem Antrag beifügen.

**1.1. Daten des Konsortialpartners:**

Name des Konsortialpartners:	<input type="text"/>
Vollständige Adresse:	<input type="text"/>
Name des zuständigen Ansprechpartners	<input type="text"/>
Telefon und Fax:	<input type="text"/> <input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>
BAK-Nr. oder Reg.-Nr.:	<input type="text"/>

**1.2. Daten des Konsortialpartners:**

Name des Konsortialpartners:	<input type="text"/>
Vollständige Adresse:	<input type="text"/>
Name des zuständigen Ansprechpartners	<input type="text"/>
Telefon und Fax:	<input type="text"/> <input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>
BAK-Nr. oder Reg.-Nr.:	<input type="text"/>



**Erklärungen des Konsortialpartners:**

Ich erkläre, dass

- alle Angaben in diesem Antrag vollständig sind und den Tatsachen entsprechen;
- alle im Zusammenhang mit der Antragstellung stehenden Änderungen unverzüglich mitgeteilt werden.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Produktinformationsstelle Altersvorsorge die Richtigkeit der obigen Angaben durch eine Abfrage beim Bundeszentralamt für Steuern (Zertifizierungsstelle) überprüfen darf.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Produktinformationsstelle Altersvorsorge alle Informationen und Daten, die im Rahmen der Klassifizierung dieses Tarifs zur Durchführung der mathematischen Simulation benötigt werden, an das Fraunhofer-Institut für Techno- und Wirtschaftsmathematik weiterleiten darf.

**Ich stimme der Veröffentlichung der festgestellten Chancen-Risiko-Klasse in einem von der Produktinformationsstelle Altersvorsorge geführten öffentlichen Register im Internet zu**

Ja

Nein.

**Die Chancen-Risiko-Klasse wird im Register zum Zeitpunkt der erstmaligen Verwendung beim Anbieter von der Produktinformationsstelle Altersvorsorge aktualisiert. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit die Zustimmung zur Veröffentlichung in schriftlicher Form widerrufen kann.**

Vertreten durch

Name der Unterschriftsberechtigten mit Unterschrift im Original

Bei Bedarf bitte dieses Blatt vervielfältigen und dem Antrag beifügen.



**Vollmacht**

Hiermit bevollmächtigen wir,

(Konsortialpartner)

die

(Bevollmächtigte)

als federführenden Antragsteller/Konsortialführer den Antrag auf Klassifizierung in Chancen-Risiko-Klassen für den Tarif

(Tarifbezeichnung und Zertifizierungsnummer)

stellvertretend für das Konsortium zu stellen und die gesamte Korrespondenz mit der Produktinformationsstelle Altersvorsorge zu führen.

Diese Vollmacht gilt bis zum Widerruf gegenüber der Produktinformationsstelle Altersvorsorge.

Vertreten durch

Name der Unterschriftsberechtigten mit Unterschrift im Original

Bei Bedarf bitte diese Vollmacht vervielfältigen und dem Antrag beifügen.