



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. BASISRENTENTARIFS

Konsortium

1. Daten des Antragstellers:

Name des Antragstellers:	
Vollständige Adresse:	
Telefon und Fax:	
E-Mail:	
BAK-Nr. oder Reg.-Nr.:	

2. Daten des Ansprechpartners:

Name:	
Funktion/Abteilung:	
Telefon und Fax:	
E-Mail:	



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)	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, bitte geben Sie die Antragsnummer des klassifizierten Tarifs und (falls vorhanden) das Datum der Klassifizierung an:
Für die Klassifizierung wesentliche Tarifmerkmale (Geben Sie insbesondere den Produkttyp gemäß der Gebührensatzung ein bzw. den Typ, der Ihrem Tarif am nächsten kommt):	Einmalbeitrag: ☐ Ja ☐ Nein Versicherung mit Indexpartizipation: Anlage in Optionen mit expliziter Preisformel: ☐ Ja ☐ Nein Versicherungen und Fondssparpläne: Wertsicherung/Garantie auf Ebene der Anlageklasse: ☐ Ja ☐ Nein <u>Modellierungsrelevante Wahlmöglichkeiten</u> Hat der Kunde Wahlmöglichkeiten in modellierungsrelevanten Tarifeigenschaften? ☐ Ja ☐ Nein Falls ja, welche?



Zusätzliche Informationen:	Werden einzelne Beitragsgarantieniveaus in den AVB und/oder in den Werbeunterlagen unter bestimmten Bezeichnungen vertrieben, z.B. „Dynamisch“, „Ausgewogen“, „Defensiv“, etc.?
	☐ Ja ☐ Nein
	Falls ja, welche?
	Verfügt das Produkt über einen Produktbaustein „freie Fonds“ („Topf“, in dem unterschiedliche Anlagekonzepte zur Auswahl stehen (z. B. unterschiedliche Fondslisten für verschiedene Kundengruppen oder mit/ohne Ablaufmanagement)?
	☐ Ja ☐ Nein
	Falls ja, welche?

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:	
Vollständige Adresse:	
Name des zuständigen Ansprechpartners	
Telefon und Fax:	
E-Mail:	
BAK-Nr. oder Reg.-Nr.:	

1.2. Daten des Konsortialpartners:

Name des Konsortialpartners:	
Vollständige Adresse:	
Name des zuständigen Ansprechpartners	
Telefon und Fax:	
E-Mail:	
BAK-Nr. oder Reg.-Nr.:	



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.