

Vermittlernummer: _____

Allianz Arbeitskraftabsicherung



Antrag auf Abschluss einer:

- BerufsunfähigkeitsPolice
- BerufsunfähigkeitsPolice Plus
- Ergänzenden BerufsunfähigkeitsPolice zur Lebens-/Rentenversicherung Nr. _____
- KörperSchutzPolice

Persönliche Daten des Versicherungsnehmers

Herr Frau

Zuname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Geburtsort

Postleitzahl, Ort

Staatsangehörigkeit(en)

E-Mail-Adresse (für Rückfragen)

Telefon (für Rückfragen)

Persönliche Daten der zu versichernden Person

Die zu versichernde Person ist der Versicherungsnehmer

Herr Frau

Zuname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Geburtsort

Postleitzahl, Ort

Staatsangehörigkeit(en)

E-Mail-Adresse (für Rückfragen)

Telefon (für Rückfragen)

Ihre Versicherung

EUR	monatlich		
Garantierente	Beitragszahlungsweise	Versicherungsbeginn	Versicherungsdauer in Jahren

Rentenzahlung bis Alter

Bruttobeitrag:

= zu zahlender Beitrag

EUR (abzgl. der sofortigen Verrechnung der Gewinnanteile)

EUR

Jährlich steigende Rente im Leistungsfall:

Es wird der dynamische Zuwachs von Leistung und Beitrag beantragt.

Nur relevant bei einer KörperSchutzPolice:

Einmalige Kapitalzahlung bei schweren Krankheiten in % einer Jahresrente: 100% 200% keine

Empfänger der Versicherungsleistungen

Empfänger für alle Versicherungsleistungen einschließlich der Leistung aus der Überschussbeteiligung:

zu versichernde Person

Zielmarkt (vom Vermittler auszufüllen)

Der Verkauf erfolgt innerhalb des Zielmarktes

ja nein

Falls nein, Begründung: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Vertragsführende Gesellschaft
Gläubiger-Identifikationsnummer
Mandatsnummer

Allianz Lebensversicherungs-AG
DE07ZZZ00000063475

Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit

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 zwei Bankarbeitstage 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.

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

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

- Beitragszahler ist der Versicherungsnehmer
 Beitragszahler weicht vom Versicherungsnehmer ab (bitte Kontaktdaten ausfüllen)

Herr Frau

Zuname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Geburtsort

Postleitzahl, Ort

Staatsangehörigkeit(en)

IBAN _____

BIC _____

Name des Geldinstituts

Wichtige Mitteilung über die 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 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 Rückkaufwerts, soweit Ihre Versicherung die Auszahlung eines Rückkaufwerts 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 Gefahrsicherung 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 Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie 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 zur 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 zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben. Wir verzichten auf die uns nach §19 Versicherungsvertragsgesetz(VVG) zustehenden Rechte zur Vertragsänderung und Kündigung, wenn die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist.

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.

Fragen und Angaben zu gefahrerheblichen Umständen bei einer BerufsunfähigkeitsPolice (Plus)

Wichtige Hinweise:

1) Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen. Sie sind verpflichtet, die Fragen zu den gefahrerheblichen Umständen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde(n) Person(en).

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zur Anfechtung, zum Rücktritt, zur Kündigung oder zu einer Anpassung Ihres Versicherungsvertrags berechtigen. Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie im beiliegenden Abschnitt „Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“.

2) Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden. Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!

Dies gilt nicht bei einem Antrag auf Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages mit einer Kapitalleistung von mehr als 300.000 EUR oder einer Jahresrente von mehr als 30.000 EUR. In diesen Fällen müssen Sie uns auch die Ergebnisse oder Daten bereits vorgenommener genetischer Untersuchungen oder Analysen mitteilen, selbst wenn diese allein darauf abzielen, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder künftig mögliche gesundheitliche Störung abzuklären. Unabhängig davon bleiben Sie jedoch in jedem Fall verpflichtet, uns bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzuzeigen. Dabei ist unerheblich, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben. **Unabhängig davon bleiben Sie jedoch in jedem Fall verpflichtet, uns bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzuzeigen. Dabei ist unerheblich, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.**

Zur Erleichterung der Beantwortung der einzelnen Fragen haben wir Ihnen vielfach in Klammern auch Beispiele für Krankheiten etc. genannt. Es handelt sich hierbei nicht um abschließende Aufzählungen.

Allgemeine Fragen

Bitte ausfüllen

Berufliche Tätigkeit

Welche Tätigkeiten üben Sie derzeit aus? _____

Weitere Anmerkungen zur Tätigkeit: _____

Auslandsaufenthalte

Beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten länger als 6 Monate im außereuropäischen Ausland aufzuhalten? ja nein

Falls ja: Wo? Wann? Wie lange? _____

Freizeitaktivitäten

Üben Sie Aktivitäten mit einer höheren Verletzungsgefahr aus als bei Breitensportarten üblich (z.B. Motorradfahren, Flugsport, Kampfsport, Motorsport, Bergsport, Skitouren, Tauchen, Hochseesegeln)? ja nein

Falls ja, welche? _____

Konstitution

Wie sind Ihre Körpergröße und Ihr Körpergewicht? _____ cm _____ kg

Zum am besten informierten Arzt

Welcher Arzt, Heilpraktiker oder sonstiger nichtärztlicher Therapeut ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert?

Name/Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Weitere Anmerkungen zu den allgemeinen Fragen:

Fragen und Angaben zu gefahrerheblichen Umständen bei einer (ergänzenden) BerufsunfähigkeitsPolice (Plus)

Evtl. durchgeführte Gentests müssen hier nicht angegeben werden

Fragen zum Gesundheitszustand

1. Haben Sie eine der folgenden **Erkrankungen** oder **Beschwerden**?

- Unfallverletzung (z.B. Knochenbrüche)
- Allergie (z.B. Heuschnupfen)
- Erkrankung der Haut (z.B. Neurodermitis)
- Erkrankung der Augen (z.B. grauer oder grüner Star, Fehlsichtigkeit ab 8 Dioptrien)
- Erkrankung der Ohren (z.B. Hörstörung, Tinnitus)

ja nein

Falls ja, bitte geben Sie die Erkrankung oder die Beschwerden an (Welche? Zeitraum? Ausgeheilt?): _____

2. Werden Ihnen **derzeit verschreibungspflichtige Medikamente verordnet**?

Sofern Medikamente verordnet wurden, geben Sie bitte bei den nachfolgenden Fragen 3-6 auch den entsprechenden Grund an. (Darunter fallen alle Arten von verschreibungspflichtigen Medikamenten, unabhängig von der Darreichungsform (z.B. Tabletten, Spritzen); nicht gemeint sind Verhütungsmittel)

ja nein

Falls ja, welche?

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 5 Jahre:

3. Waren Sie in den letzten 5 Jahren bei **Ärzten** oder **Therapeuten** (Psychologen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Heilpraktiker)?

Nicht zu berücksichtigen sind: Arztbesuche wegen akuter Erkältungskrankheiten, akute Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, zahnärztliche Behandlungen, Schwangerschaft / Geburt.

ja nein

Falls ja: Sind folgende Bereiche betroffen? (Bitte jede Frage einzeln beantworten.)

- Sinnesorgane** (z.B. Netzhautablösung, Sehnerv-Entzündung, Hörsturz)
 - Allergien** (allergisches Asthma, Nahrungsmittelallergien, Kontaktallergien)
 - Blut** (z.B. Bluter, Eisenmangelanämie)
 - Herz, Kreislauf** (z.B. Erkrankung der Herzkranzgefäße, ärztl. diagnostizierter Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenentzündung)
 - Atmungsorgane** (Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma)
 - Verdauungsorgane** (Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber)
 - Harn, Geschlechtsorgane** (z. B. Nieren, Blase, Unterleib, Brust, Geschlechtskrankheiten)
 - Haut** (z. B. Ekzeme, Hautkrebs)
 - Infektionen** (z.B. Tuberkulose, Malaria)
 - Bewegungsapparat** (z. B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskus, Bänder-verletzung, Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Bechterew)
 - Stoffwechsel** (z. B. Diabetes*, erhöhtes Cholesterin von mehr als 250 mg/dl bzw. 6,47 mmol/l, Schilddrüsenerkrankungen)
 - Psyche, Gehirn, Nervensystem*** (z. B. Depressionen, Bulimie, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Migräne)
 - Meine Erkrankung passt in keinen der genannten Bereiche. Bitte Erkrankung benennen:
-

Bitte geben Sie die genauen Erkrankungen oder die Beschwerden an (Welche? Zeitraum? Ausgeheilt?):

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 10 Jahre:

4. Wurden Sie **operiert** oder ist eine Operation in den **nächsten 12 Monaten geplant**?

ja nein

Falls ja, bitte geben Sie die Erkrankung oder die Beschwerden an (Welche? Zeitraum? Ausgeheilt?):

5. Waren Sie in in einer **Klinik** (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein Klinikaufenthalt in den **nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen**?

ja nein

Falls ja, bitte geben Sie die Erkrankung oder die Beschwerden an (Welche? Zeitraum? Ausgeheilt?):

Hinweis zu Frage 4 und 5:

Nicht zu berücksichtigen sind: Operationen ohne Komplikationen und Folgen am Blinddarm, den Mandeln oder der Nasenscheidewand, Maßnahmen in der Reproduktionsmedizin. Unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, akute Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, zahnärztliche Behandlungen, Schwangerschaft/Geburt.

Ergänzenden Gesundheitsfragen:

6. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?

- Ich wurde in den **letzten 10 Jahren wegen Alkoholgenuss** ärztlich beraten oder behandelt.
- Ich wurde in den **letzten 10 Jahren wegen des Konsums von Drogen oder Betäubungsmittel** ärztlich beraten oder behandelt.
- Ich beziehe eine **Rente** wegen **Unfall oder Erkrankung**.
- Ich habe eine **Berufskrankheit** oder einen **Grad der Schädigungsfolgen** (GdS).
- Ich habe eine **anerkannte Behinderung**.
- Ich habe eine **angeborene Erkrankung**.
- Bei mir wurde eine **Krebserkrankung** festgestellt.
- Bei mir wurde eine **HIV-Infektion** festgestellt.

Keine der genannten Aussagen trifft auf mich zu

Bemerkungen:

Versicherungssituation

Bestehen bei Allianz oder anderen Versicherern Berufsunfähigkeits- oder sonstige Invaliditätsversicherungen* (wie Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen) oder sind derzeit solche beantragt? ja nein

*Gemeint sind auch: Betriebliche Altersversorgungen (Rückdeckungs-, Direktversicherung, Versorgungs-, Pensions-, Unterstützungskasse), Private Vorsorge mit nachgelagerter Versteuerung (z. B. Basisrente), Erwerbsunfähigkeitsabsicherungen und Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken (z. B. für Ärzte, Rechtsanwälte).

Falls ja: Welche?

Gesellschaft	Tarifart	monatliche Rente	bestehend	aktuell beantragt	wird gekündigt
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Ich kündige nach Vertragsannahme durch Allianz Leben meine bestehende Berufsunfähigkeits- oder sonstige Invaliditätsversicherung und reiche die Bestätigung der Kündigung innerhalb 3 Monate nach Zugang der Police ein. Ich werde auch danach keine Wiederinkraftsetzung der gekündigten Versicherung beantragen. Über die Nachteile der Kündigung wurde ich informiert.

Arbeitseinkommen (nur anzugeben bei Berufsunfähigkeitsrente ab jährlich 24.001 EUR)

Wie hoch war Ihr Bruttoarbeitseinkommen der letzten 3 Jahre?

(Zum Bruttoarbeitseinkommen zählen Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit, selbstständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb. Einkommen aus Vermietung und Verpachtung werden bspw. nicht berücksichtigt.)

- Arbeitnehmer: Bruttoarbeitseinkommen einschließlich Urlaubs- und Weihnachtsgeld
- Selbstständige: Gewinn/Jahresüberschuss (nach Abzug persönlicher Steuern)
- Berufsanfänger/Existenzgründer: Aktuelles Bruttoarbeitseinkommen auf Jahresbetrag umgerechnet

20__ : _____ EUR 20__ : _____ EUR 20__ : _____ EUR

Hinweis: Bei Arbeitseinkommen bis 60.000 EUR brutto jährlich darf die **Gesamtabsicherung** für den Fall der Berufsunfähigkeit oder Invalidität einschließlich dem neu beantragten Versicherungsschutz aus Berufsunfähigkeits- oder sonstigen Invaliditätsversicherungen 70 % des durchschnittlichen jährlichen Bruttoarbeitseinkommen der letzten 3 Jahre nicht übersteigen.

Fragen und Angaben zu gefahrerheblichen Umständen bei einer KörperSchutzPolice bei jährlicher Gesamtrente bis 18.000 EUR

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 5 Jahre:

1. Sind oder waren Sie bei Ärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden oder Diätberatern in **Behandlung, zur Beratung** oder zur **Untersuchung aus anderen Gründen, als nur wegen**

- Erkältungskrankheiten, die folgenlos ausgeheilt sind (z.B. Erkältungsschnupfen, Halsentzündung, Nasennebenhöhlenentzündung, Kehlkopf- oder Luftröhrenentzündung, grippaler Infekt), die folgenlos ausgeheilt sind
- Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, die folgenlos ausgeheilt sind
- Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Hautkrebsvorsorge, die ohne krankhaften Befund blieben gynäkologische Vorsorgeuntersuchung),
- zahnärztliche Behandlungen, oder
- Allergien.

ja nein

2. Sind oder waren Sie **länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?**

ja nein

3. Nehmen oder nahmen Sie über einen Zeitraum von **mehr als 4 Wochen durchgehend verschreibungspflichtige Medikamente** ein?

Darunter fallen alle Arten von Medikamenten, unabhängig von der Darreichungsform (z.B. Tabletten, Spritzen); nicht gemeint sind Verhütungsmittel und Schilddrüsenhormonpräparate

ja nein

4. Werden oder wurden bei Ihnen **folgende Erkrankungen behandelt oder festgestellt:**

Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Schlaganfall, Diabetes, HIV-Infektion/AIDS, Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch, Erkrankungen oder Beschwerden des Bewegungsapparates (z.B. Rücken, Knie, Hüfte, Amputation), Multiple Sklerose, Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, Augenerkrankungen, Seh- oder Hörstörungen (z.B. Tinnitus)?

ja nein

(01V) 12/2019

PESVA02313

Fragen zur Gesundheit bei jährlicher Gesamtrente aus KörperSchutzPolice ab 18.001 EUR oder bei Bejahung einer oder mehreren Fragen des vorherigen Blocks

Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand:

1. Haben Sie eine oder mehrere der folgenden **Erkrankungen** oder **Beschwerden**?

- Unfallverletzung (z.B. Knochenbrüche)
- Erkrankung der Augen (z.B. grauer oder grüner Star, Fehlsichtigkeit ab 8 Dioptrien)
- Erkrankung der Ohren (z.B. Hörstörung, Tinnitus)

ja nein

2. Werden Ihnen **derzeit Medikamente verordnet**?

Darunter fallen alle Arten von verschreibungspflichtigen Medikamenten, unabhängig von der Darreichungsform (z.B. Tabletten, Spritzen); nicht gemeint sind Verhütungsmittel und Schilddrüsenhormonpräparate

ja nein

Falls ja: Welche?

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 5 Jahre:

3. Waren Sie bei Ärzten oder Therapeuten (Psychologen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Heilpraktiker) in Behandlung, Untersuchung oder Beratung?

ja nein

Nicht zu berücksichtigen sind: Arztbesuche wegen akuter Erkältungskrankheiten, akute Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, zahnärztliche Behandlungen, Schwangerschaft/Geburt.

Falls ja: Sind folgende Bereiche betroffen? (Bitte jede Frage einzeln beantworten.)

- a) **Blut** (z.B. Bluter, Eisenmangelanämie) ja nein
- b) **Herz, Kreislauf** (z.B. Erkrankung der Herzkranzgefäße, ärztl. Diagnostizierter Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenentzündung) ja nein
- c) **Atmungsorgane** (z.B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma) ja nein
- d) **Verdauungsorgane** (z.B. Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber) ja nein
- e) **Harn, Geschlechtsorgane** (z.B. Nieren, Blase, Unterleib, Brust, Geschlechtskrankheiten) ja nein
- f) **Bewegungsapparat** (z.B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskus, Bänderverletzung, Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Bechterew) ja nein
- g) **Infektionen** (z.B. Tuberkulose, Malaria) ja nein
- h) **Stoffwechsel** (z.B. Diabetes, erhöhtes Cholesterin von mehr als 250 mg/dl bzw. 6,47 mmol/l, Schilddrüsenerkrankungen) ja nein
- i) **Psyche, Gehirn, Nervensystem** (z.B. Depressionen, Bulimie, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Migräne) ja nein

Bitte geben Sie die genauen Erkrankungen oder die Beschwerden an (Welche? Zeitraum? Ausgeheilt?):

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 10 Jahre:

4. Wurden Sie **operiert** oder ist eine **Operation** in den nächsten **12 Monaten geplant**?

Nicht zu berücksichtigen sind: Operationen ohne Komplikationen und Folgen am Blinddarm, den Mandeln oder der Nasenscheidewand, Maßnahmen in der Reproduktionsmedizin

ja nein

5. Waren Sie in einer **Klinik** (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein Klinikaufenthalt in den **nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen**?

Nicht zu berücksichtigen sind: unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, akute Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, zahnärztliche Behandlungen, Schwangerschaft/Geburt.

ja nein

(01V) 12/2019

PESVA02313

Ergänzende Gesundheitsfragen:

6. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Ich wurde in den letzten 10 Jahren wegen Alkoholgenuss ärztlich beraten oder behandelt. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b) Ich wurde in den letzten 10 Jahren wegen des Konsums von Drogen oder Betäubungsmittel ärztlich beraten oder behandelt. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c) Ich beziehe eine Rente wegen Unfall oder Erkrankung*. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| d) Ich habe eine Berufskrankheit oder einen Grad der Schädigungsfolgen (GdS)*. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| e) Ich habe eine anerkannte Behinderung. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| f) Ich habe eine angeborene Erkrankung. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| g) Bei mir wurde eine Krebserkrankung festgestellt. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| h) Bei mir wurde eine HIV-Infektion festgestellt. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

* Bitte Bescheid/Rentenbescheid/Versorgungsamtsbescheid in Kopie beifügen (kein Ausweis).

Bitte geben Sie die genauen Erkrankungen oder die Beschwerden an (Welche? Zeitraum? Behandelnder Arzt/Therapeut? Ausgeheilt?):

A Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung:

I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie genetischen Daten¹ und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die unter I. abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden im Wesentlichen auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbands der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der ab 25.05.2018 wirksamen EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten sowie von genetischen Daten¹ durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten oder genetischen Daten¹ für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, Ihre Allianz Lebensversicherungs-AG, bzw. Ihre Deutsche Lebensversicherungs-AG, je nachdem an welchen Versicherer sich Ihre Erklärung richtet (im Folgenden „der Versicherer“), daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Der Versicherer darf für die Lebensversicherung, die Berufsunfähigkeitsversicherung, die Erwerbsunfähigkeitsversicherung und die Pflegerentenversicherung die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden, wenn eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart wird.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten oder genetischen Daten¹ bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Unsere Mitarbeiter unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (im Folgenden „Schweigepflicht“). Darum benötigen wir als Unternehmen der Lebensversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten, genetischen Daten¹ oder weitere 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.

In der Risikoprüfung nutzen wir auch automatisierte Verfahren zur Einschätzung individueller Risiken. Dadurch kann zügig und kostengünstig entschieden werden, ob und zu welchen Bedingungen Versicherungsschutz geboten werden kann. Damit wir die von Ihnen angegebenen Gesundheitsdaten in diesen Verfahren verarbeiten dürfen, benötigen wir auch hierfür Ihre Einwilligung.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie 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 zur Durchführung des Vertrages erforderlich, wird ein Widerruf dazu führen, dass die Leistung nicht mehr erbracht werden kann.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten, genetischen Daten¹ und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten auch für von Ihnen gesetzlich vertretene mitversicherte Personen, wie z.B. für Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten und genetischen Daten¹ durch den Versicherer Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist. Meine Einwilligung umfasst auch genetische Daten¹, soweit deren Verwendung zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages im oben beschriebenen Umfang zulässig ist.

Weiter willige ich ein, dass die von mir angegebenen Gesundheitsdaten in der Risikoprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden dürfen.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten und genetischen Daten¹ bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten und genetischen Daten¹ bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten oder genetischen Daten¹ verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich und bei genetischen Daten¹ deren Verwendung rechtmäßig ist. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten, genetische Daten¹ oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits an dieser Stelle unter Möglichkeit I oder später im Einzelfall (siehe Möglichkeit II) erteilen. Bitte entscheiden Sie sich für eine der ¹beiden nachfolgenden Möglichkeiten. Sie können Ihre Entscheidung nachträglich jederzeit ändern.

Bitte ein Feld auswählen

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten sowie – sofern im oben beschriebenen Umfang zulässig – meine genetischen Daten¹ bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten sowie genetischen Daten¹ aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten, genetischen Daten¹ sowie gegebenenfalls weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

¹Wir verwenden grundsätzlich keine genetischen Daten, es sei denn es wird eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart und es wurde bereits eine genetische Untersuchung oder Analyse vorgenommen.

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten oder genetischen Daten¹ durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, Gesundheitsdaten und genetische Daten¹ zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung sowie einer Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

Möglichkeit I:

Für den Fall meines Todes **willige ich** in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten oder genetischen Daten¹ bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung **ein** wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

Möglichkeit II:

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten oder genetische Daten¹ erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten, genetischen Daten¹ und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten, genetischen Daten¹ und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und rechtmäßig erhobenen genetischen Daten¹ an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten und genetischen Daten¹ dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten, genetischen Daten¹ und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten oder genetischen Daten¹ kommen kann, 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 und/oder Gesundheitsdaten sowie genetische Daten¹ für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung unmittelbar angefügt^{*}). Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.allianz.de/datenschutz eingesehen oder bei uns (Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin, Telefon 0800 4 100 104, lebensversicherung@allianz.de oder Deutsche Lebensversicherungs-AG, An den Treptowers 3, 12435 Berlin, lebensversicherung@allianz.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten sowie genetische Daten¹ an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten und genetischen Daten¹ dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Allianz Deutschland Gruppe und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten, genetischen Daten¹ und anderer von der Schweigepflicht geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. 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, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten oder genetischen Daten¹ an Rückversicherer werden wir Sie unterrichten.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten sowie die rechtmäßig erhobenen genetischen Daten¹ – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten, genetischen Daten¹ und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

¹Wir verwenden grundsätzlich keine genetischen Daten, es sei denn es wird eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart und es wurde bereits eine genetische Untersuchung oder Analyse vorgenommen.

3.4. Datenweitergabe an selbständige Versicherungsvermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit und keine genetischen Daten¹ an selbständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder von der Schweigepflicht geschützte Informationen über Ihren Vertrag 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 (z. B. Einbeziehung von Gutachtern, Annahme mit Risikozuschlägen, Ausschlüsse bestimmter Risiken oder Wartezeiten) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Vertragsinformationen in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten und genetischen Daten¹ wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten und genetischen Daten¹ für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und genetischen Daten¹ – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

II. Für bestimmte Produkte benötigen wir folgende weitere Erklärungen zur Datenverarbeitung

1. Wirtschaftsauskunft (in Einzelfällen bei einer beantragten Leistung von mehr als 400.000 Euro oder einer Jahresrente von mehr als 30.000 Euro)

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Vertragsverhältnisses Wirtschaftsauskünfte (z.B. zum Zahlungsverhalten) bei CRIF Bürgel GmbH oder Wirtschaftsauskunftei Reinald Desbalmes GmbH (nachfolgend „Auskunftei“) einholt.

Dabei kann die Auskunftei dem Versicherer ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren mitteilen (Score-Verfahren). Zur Identifikation werden Namen, Anschrift und Geburtsdatum an die Auskunftei übermittelt.

Zu den genannten Zwecken entbinde ich die Mitarbeiter des Versicherers und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe meiner von der Schweigepflicht geschützten Daten an die Auskunftei von ihrer Schweigepflicht.

Erklärungen der zu versichernden Person(en) oder des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person(en)

Ich gebe hiermit für mich bzw. für die zu versichernde(n) Person(en) die vom Antragsteller bzw. Versicherungsinteressenten abgegebenen Erklärungen zur Datenverarbeitung ab.

III. Information zur Verwendung Ihrer Daten

Versicherung, Vorsorge und Vermögensbildung sind Vertrauenssache. Daher ist es für uns sehr wichtig, Ihre Persönlichkeitsrechte zu respektieren. Das gilt insbesondere für den Umgang mit Ihren persönlichen Daten.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die Allianz Lebensversicherungs-AG bzw. die Deutsche Lebensversicherungs-AG (im Folgenden „der Versicherer“), die Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

Allianz Lebensversicherungs-AG
10850 Berlin
Telefon: 08 00.4 10 01 04
E-Mail: lebensversicherung@allianz.de

Deutsche Lebensversicherungs-AG
An den Treptowers 3
Telefon: 030 53 89 36 47 10
E-Mail: lebensversicherung@allianz.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (im Folgenden „Daten“) nicht möglich.

Beantragen Sie Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen gemachten Angaben und ggf. ergänzende Angaben Dritter, um das von uns zu übernehmende Risiko einschätzen zu können. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir Ihre Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Prüfung des fristgerechten Forderungsausgleichs. Kommt der Vertrag nicht zustande, speichern wir Ihre Daten, einschließlich Gesundheitsdaten und ggf. vorliegenden genetischen Daten¹, drei volle Kalenderjahre für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um den Eintritt und den Umfang des Versicherungsfalles sowie ggf. den Eintritt und die Abwicklung von Regressforderungen prüfen zu können. Die Daten nutzen wir weiterhin für eine Betrachtung und Pflege der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise für die Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder für umfassende Auskunftserteilungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Daten zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben, zur Geschäftssteuerung oder zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife und Produkte sowie zu deren Kalkulation.

Wir verarbeiten Ihre Daten aufgrund der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen der am 25.05.2018 wirksam werdenden EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die gesetzliche Anforderungen für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt für vorvertragliche Maßnahmen und zur Erfüllung Ihres Vertrages. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie Gesundheitsdaten oder genetische Daten¹, erforderlich sind, benötigen wir grundsätzlich Ihre Einwilligung, es sei denn, es liegen die Voraussetzungen eines gesetzlichen Tatbestandes vor, z.B. bei der Erstellung von Statistiken.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, wenn es erforderlich ist, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere der Fall sein:

¹Wir verwenden grundsätzlich keine genetischen Daten, es sei denn es wird eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart und es wurde bereits eine genetische Untersuchung oder Analyse vorgenommen.

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten insbesondere durch Datenanalysen zur Missbrauchsbekämpfung,
- für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Allianz Deutschland-Gruppe und deren Kooperationspartner. Dabei betrachten wir Aspekte, wie das von Ihnen bei uns gehaltene Produktportfolio und ihre persönliche Situation, um Ihnen individuell passende Produktempfehlungen geben zu können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungs- und Nachweispflichten oder obliegender Beratungspflichten).

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler:

Der selbständige Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, mit welchem Inhalt der Vertrag geschlossen wurde und dabei auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Darüber hinaus übermitteln wir die zur Betreuung Ihrer Versicherungsverträge benötigten Daten an den zuständigen Vermittler, der diese zu Beratungszwecken verarbeitet.

Spezialisierte Unternehmen unserer Unternehmensgruppe sowie externe Dienstleister:

Spezialisierte Unternehmen unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen in gemeinsam nutzbaren Verfahren wahr. Daten von Antragstellern und Versicherten können in zentralisierten Verfahren wie Telefonate, Post, Inkasso von diesen Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden.

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten auch externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, sowie der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie der Übersicht in diesem Antrag sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter [www.allianz.de/datenschutz] entnehmen oder bei uns anfordern.

Rückversicherer:

Einige der von uns übernommenen Risiken versichern wir zusätzlich bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Sollte ein Rückversicherer in Ihrem Fall involviert sein, werden Sie eigens informiert. Zudem ist es in Einzelfällen möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung unterstützt.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre Daten an weitere Empfänger übermitteln, z.B. an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten.

Dauer der Datenspeicherung

Grundsätzlich löschen wir Ihre Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Wir bewahren Ihre Daten für die Zeit auf, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich, unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch sowie der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn volle Jahre.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten sowie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie können einer Verarbeitung Ihrer Daten zu Zwecken der Direktwerbung widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen.

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der oben genannten Adresse, mit dem Zusatz „An den Datenschutzbeauftragten“.

Daneben haben Sie die Möglichkeit, sich an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Behörde ist:

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg in Stuttgart.

Datenaustausch mit den von Ihnen im Antrag benannten Versicherern

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von Daten mit den von Ihnen im Antrag benannten Versicherern erfolgen.

Wirtschaftsauskünfte

Soweit erforderlich, erheben wir Informationen nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir nach dem 25.05.2018 Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Diese können Sie dann im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen oder bei uns anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

In der Risikoprüfung nutzen wir auch automatisierte Verfahren zur Einschätzung individueller Risiken. Auf Basis Ihrer Angaben bei Antragstellung entscheiden wir dann automatisiert, zu welchen Bedingungen Versicherungsschutz geboten werden kann, wie z.B. über mögliche Risikoauschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Die automatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Prüfung und Gewichtung der Informationen.

Dabei ist das Ergebnis der Risikoprüfung auf das jeweilige Produkt abgestimmt mit folgenden Prüfungsergebnissen:

- ohne Erschweris oder
- mit Risikozuschlag und/oder
- mit Leistungsausschluss oder
- nicht versicherbar oder
- Prüfung im Innendienst.

Unsere Annahmeentscheidungen sind auf statistische Datenmodelle und Expertenwissen gestützt, die kontinuierlich weiterentwickelt werden und die Basis unserer Risikoprüfung bilden.

¹Wir verwenden grundsätzlich keine genetischen Daten, es sei denn es wird eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart und es wurde bereits eine genetische Untersuchung oder Analyse vorgenommen.

Antrag auf Abschluss mehrerer Versicherungsverträge

Beantragen Sie mehrere Versicherungsverträge, sind diese rechtlich selbstständig und werden unabhängig voneinander geführt. Angaben zu den Versicherungsbedingungen und den Vertragslaufzeiten erhalten Sie in den ergänzenden Vertragsunterlagen.

B. Hinweise**Vertragsgrundlagen**

Vertragsgrundlagen werden Ihr Antrag, der Versicherungsschein sowie die Ihnen übermittelten Versicherungsbedingungen.

Widerrufsrecht

Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den "Versicherungsinformationen" entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

***) 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),
- rehacare GmbH *, Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Reha-Dienstleistungen)
- VLS Versicherungslogistik GmbH * (Posteingangsbearbeitung)
- KVM ServicePlus - Kunden- und Vertriebsmanagement GmbH * (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- IBM Deutschland GmbH (IT-Wartung)
- IMB Consult GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- Pro Claims Solutions GmbH (Unterstützung bei der Leistungsfallbearbeitung)
- Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft Aktiengesellschaft in München (Unterstützung bei der Risiko- oder Leistungsprüfung aufgrund besonderer Sachkunde)
- Schweizerische Rückversicherungs-Gesellschaft Aktiengesellschaft in Zürich (Unterstützung bei der Risiko- oder Leistungsprüfung aufgrund besonderer Sachkunde)
- medicals direct GmbH (Durchführung eines Medizin-Checks bei einer beantragten Leistung von mehr als 400.000 Euro oder Jahresrente von mehr als 30.000 Euro als Alternative zu erforderlichen ärztlichen Untersuchungen)
- 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 Rahmen der betrieblichen Altersversorgung)
- Rechtsanwälte 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)
- Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
- Entsorgungsunternehmen (datenschutzgerechte Vernichtung von Papierunterlagen)

Bitte unbedingt mit dem Antrag an uns zurücksenden!

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

Mit dieser Unterschrift beantrage ich den oben gewählten Versicherungsschutz und gebe folgende Erklärung ab:

- zum **SEPA-Lastschriftmandat**
- sowie die **Erklärungen zur Datenverarbeitung**

Die Hinweise unter B. habe ich zur Kenntnis genommen. Die Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Mit dieser Unterschrift beantrage ich den oben gewählten Versicherungsschutz und gebe folgende Erklärung ab:

- zum **SEPA-Lastschriftmandat**
- sowie die **Erklärungen zur Datenverarbeitung**

Die Hinweise unter B. habe ich zur Kenntnis genommen. Die Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen

X

Ort, Datum

X

Unterschrift der zu versichernden Person
(Wenn es sich nicht um den Antragsteller handelt)

X

Ort, Datum

X

Unterschrift des Beitragszahlers
(Wenn es sich nicht um den Antragsteller handelt)

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen erhalten:

- **Wichtige Mitteilungen über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz**
- **Informationsblatt zu Versicherungsprodukten**
- **Versicherungsinformation**
- **Versicherungsbedingungen**

X

Ort, Datum

X

Unterschrift des Versicherungsnehmers

X

Ort, Datum

X

Unterschrift der zu versichernden Person
(Wenn es sich nicht um den Antragsteller handelt)

Bitte hier unterschreiben

(01V) 12/2019

PESVA02313

Bedingungen

Diese Bedingungen wenden sich an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner

Leistungsbausteine

Hier finden Sie die vertraglichen Regelungen, die gelten, wenn sie den Abschluss einer Lebens- oder Rentenversicherung der Allianz Lebensversicherungs-AG beantragt haben. Wenn Sie bei uns keinen Antrag, sondern lediglich eine Angebotsanforderung abgeben, gelten die nachfolgenden Bestimmungen für die Angebotsanforderung mit folgender Maßgabe: An Stelle der Worte "Antrag" und "beantragt" treten die Worte "Angebotsanforderung" und "gewünscht" in der jeweils im Text verwendeten grammatischen Form.

Ihre Allianz Lebensversicherungs-AG

Vorläufiger Versicherungsschutz

Hier finden Sie die Regelungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

1. Leistungsumfang
 2. Definition Unfall
 3. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen
 4. Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz
 5. Beginn und Ende des vorläufigen Versicherungsschutzes
 6. Kosten des vorläufigen Versicherungsschutzes
 7. Verhältnis zur beantragten Versicherung und Bezug der Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz
- Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz

1. Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.1 Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsvorsorge beantragt haben?
- 1.2 Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie eine KörperSchutzPolice beantragt haben?

1.1 Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsvorsorge beantragt haben?

(1) Vorläufiger Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit infolge eines Unfalls

Vorläufiger Versicherungsschutz besteht bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person infolge eines Unfalls, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist.

Wenn Sie einen Baustein Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit beantragt haben, erbringen wir diese Leistung nur, wenn der Grundbaustein zustande gekommen ist.

Wenn

- wir Leistungen aufgrund Berufsunfähigkeit der versicherten Person infolge eines Unfalls während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes erbringen und
- die versicherte Person während der Versicherungsdauer der beantragten Berufsunfähigkeitsvorsorge aufgrund einer medizinischen Ursache, die nicht auf dem Unfall beruht, berufsunfähig wird, werden die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz auf die Leistungen bei Berufsunfähigkeit oder wegen Krankschreibung aus Ihrer beantragten Versicherung angerechnet.

Es besteht kein vorläufiger Versicherungsschutz

- für Leistungen wegen Krankschreibung.
- aus einem Baustein Pflegezusatzrente, falls Sie diesen ergänzend beantragt haben, und die versicherte Person pflegebedürftig wird.

Wenn die versicherte Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes infolge eines Unfalls berufsunfähig wird, besteht während der gesamten Dauer der Berufsunfähigkeit kein Versicherungsschutz aus dem Baustein Pflegezusatzrente. Wenn die Berufsunfähigkeit zu einem späteren Zeitpunkt wegfällt, lebt der Versicherungsschutz aus dem Baustein Pflegezusatzrente wieder auf. Voraussetzung dafür ist, dass wir Ihren Antrag auf den Baustein Pflegezusatzrente nicht abgelehnt haben.

(2) Zahlung der für den Fall der Berufsunfähigkeit beantragten Leistungen

Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes erbringen wir die für den Fall der Berufsunfähigkeit beantragten Leistungen. Die Leistungen bei Berufsunfähigkeit enden spätestens mit dem Ablauf der für die Berufsunfähigkeitsvorsorge beantragten Leistungsdauer.

Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Wenn Sie eine Karenzzeit vereinbart haben, gelten die Regelungen in den Bedingungen der beantragten Versicherung. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die

Berufsunfähigkeit eingetreten ist, jedoch frühestens zum Versicherungsbeginn der beantragten Versicherung.

Höchstgrenze der Leistungen bei Berufsunfähigkeit im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes

Wir zahlen die beantragte Berufsunfähigkeitsrente, jedoch jährlich höchstens eine Rente von 12.000 EUR, auch wenn Sie eine höhere Rente beantragt haben.

Wenn Sie einen Baustein Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit beantragt haben, befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht für alle Bausteine der Versicherung.

Jedoch betragen die Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsrente und aus der Beitragsbefreiung zusammen jährlich höchstens 13.200 EUR, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben. Wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben, informieren wir Sie im Leistungsfall über die Möglichkeiten, wie Sie die Leistungen zwischen der Berufsunfähigkeitsrente und der Beitragsbefreiung aufteilen können.

Diese Begrenzungen gelten, wenn mehrere Anträge auf Berufsunfähigkeitsvorsorge derselben Person bei uns gestellt worden sind, für alle Anträge zusammen.

1.2 Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie eine KörperSchutzPolice beantragt haben?

(1) Vorläufiger Versicherungsschutz bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten infolge eines Unfalls oder bei Eintritt einer schweren Krankheit infolge eines Unfalls

Vorläufiger Versicherungsschutz besteht bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten der versicherten Person infolge eines Unfalls oder bei Eintritt einer schweren Krankheit bei der versicherten Person infolge eines Unfalls, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist.

Wenn

- wir Leistungen aufgrund Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten der versicherten Person infolge eines Unfalls während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes erbringen und
- bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer der beantragten KörperSchutzPolice aufgrund einer medizinischen Ursache, die nicht auf dem Unfall beruht, Beeinträchtigungen von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten eintreten, werden die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz auf die Leistungen bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten aus Ihrer beantragten Versicherung angerechnet.

Falls Sie einen ergänzenden Baustein Pflegezusatzrente beantragt haben, besteht kein vorläufiger Versicherungsschutz aus diesem Baustein bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person. Wenn bei der versicherten Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten infolge eines Unfalls eintritt, besteht während der gesamten Dauer der Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten kein Versicherungsschutz aus dem Baustein Pflegezusatzrente.

Wenn die Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten zu einem späteren Zeitpunkt wegfällt, lebt der Versicherungsschutz aus dem Baustein Pflegezusatzrente wieder auf. Voraussetzung dafür ist, dass wir Ihren Antrag auf den Baustein Pflegezusatzrente nicht abgelehnt haben.

(2) Zahlung der für den Fall der Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und Eintritt einer schweren Krankheit beantragten Leistungen

Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes erbringen wir die für den Fall der Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und Eintritt einer schweren Krankheit beantragten Leistungen. Die Leistungen enden spätestens mit dem Ablauf der für die KörperSchutzPolice beantragten Leistungsdauer.

Der Anspruch auf Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten eingetreten ist. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten eingetreten ist, jedoch frühestens zum Versicherungsbeginn der beantragten Versicherung.

a) Höchstgrenze der Rente bei Beeinträchtigung von

körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes

Wir zahlen jeweils die beantragte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten. Wir zahlen jedoch jährlich höchstens eine Rente in Höhe von 12.000 EUR, auch wenn Sie eine höhere Rente beantragt haben.

Diese Begrenzung gilt, wenn mehrere Anträge auf eine KörperSchutzPolice derselben Person bei uns gestellt worden sind, für alle Anträge zusammen.

b) Höchstgrenze des Kapitals bei Eintritt einer schweren Krankheit im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes

Bei Eintritt einer schweren Krankheit zahlen wir das beantragte Kapital. Wir zahlen jedoch höchstens ein Kapital in Höhe von 12.000 EUR, auch wenn Sie ein höheres Kapital beantragt haben

Diese Begrenzung gilt, wenn mehrere Anträge auf eine KörperSchutzPolice derselben Person bei uns gestellt worden sind, für alle Anträge zusammen.

2. Definition Unfall

Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

3. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Wenn Sie eine RisikoLebensversicherung beantragt haben, ist unsere Leistungspflicht für folgende Versicherungsfälle ausgeschlossen:

Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen (Krankheiten, Beschwerden, Gesundheitsstörungen, Drogen, drogenähnlichen Substanzen oder Betäubungsmitteln)

- nach denen oder
- nach deren Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen im Antrag gefragt wurde und von denen Sie oder die versicherte Person vor Antragstellung Kenntnis hatten. Dies gilt auch dann, wenn Sie oder die versicherte Person die Ursachen im Antrag angegeben haben. Wir sind jedoch dann leistungspflichtig, wenn uns nachgewiesen wird, dass diese Ursachen für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.

Wenn Sie einen Baustein Kapital bei Unfalltod, eine Berufsunfähigkeitsvorsorge oder eine KörperSchutzPolice beantragt haben, gelten nach Ziffer 7.1 die in den jeweiligen Versicherungsbedingungen aufgeführten Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen.

4. Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

- Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass
- der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
 - Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
 - Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarife und Versicherungsbedingungen bewegt;
 - wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsvorsorge oder eine KörperSchutzPolice beantragt haben, die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 15. Lebensjahr schon und das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;
 - frühere Anträge für dieselbe versicherte Person von uns nicht abgelehnt, nicht zurückgestellt wurden oder nicht zu erschwerten Bedingungen zu Stande gekommen wären;
 - frühere Verträge von uns nicht wegen Nichtzahlung oder Zahlungsrückständen gekündigt wurden;
 - wir bei früheren Verträgen für dieselbe versicherte Person keinen Rücktritt bzw. keine Anfechtung erklärt haben;
 - es sich nicht um eine VermögensPolice, VermögensPolice IndexSelect bzw. VermögensPolice Invest handelt.

5. Beginn und Ende des vorläufigen Versicherungsschutzes

Inhalt dieses Abschnitts:

5.1 Wann beginnt der vorläufige Versicherungsschutz?

5.2 Wann endet der vorläufige Versicherungsschutz?

5.3 Wie kann der Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz gekündigt werden?

5.4 Was folgt bei Vertragsabschluss mit einem anderen Versicherer?

5.1 Wann beginnt der vorläufige Versicherungsschutz?

Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt, wenn die Voraussetzungen nach Ziffer 4 vorliegen, mit dem Tag, an dem Ihr vollständig ausgefüllter Antrag bei uns eingeht.

5.2 Wann endet der vorläufige Versicherungsschutz?

Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

- der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
- Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben;
- Sie uns mitteilen, dass Sie im Fall einer vorherigen Angebotsanforderung am Abschluss des Vertrages über die gewünschte Versicherung kein Interesse mehr haben;
- Sie von Ihrem Widerrufsrecht gemäß § 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Gebrauch gemacht haben;- der erste oder einmalige Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wurde oder der Einzug des ersten oder einmaligen Beitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist. Dies gilt nur dann, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.
- Sie einer Ihnen nach § 5 Absätze 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben.

5.3 Wie kann der Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz gekündigt werden?

Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Wir werden den vorläufigen Versicherungsschutz insbesondere dann kündigen, wenn wir Ihren Antrag abgelehnt haben. Haben Sie bei uns eine Angebotsanforderung abgegeben und nehmen Sie unser Ihnen daraufhin zugesandtes Angebot nicht innerhalb der darin genannten Annahmefrist an, werden wir den vorläufigen Versicherungsschutz ebenfalls gesondert kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

5.4 Was folgt bei Vertragsabschluss mit einem anderen Versicherer?

Ziffer 5.2 Aufzählungspunkte 1 und 5 finden auch Anwendung, wenn Sie den Vertrag über die beantragte Versicherung oder einen weiteren Vertrag über vorläufige Deckung mit einem anderen Versicherer abschließen oder abgeschlossen haben. Den Vertragsabschluss müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

6. Kosten des vorläufigen Versicherungsschutzes

Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Der vorläufige Versicherungsschutz ist kostenlos.

7. Verhältnis zur beantragten Versicherung und Bezug der Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz

Inhalt dieses Abschnitts:

7.1 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung?

7.2 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

7.1 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung?

Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die für die beantragte Versicherung geltenden Versicherungsbedingungen Anwendung. Für den vorläufigen Versicherungsschutz erfolgt jedoch keine Überschussbeteiligung.

Es gelten insbesondere die jeweiligen Versicherungsbedingungen für die beantragten Bausteine einschließlich der dort aufgeführten Ausschlüsse und die dort aufgeführten besonderen Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten.

7.2 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

Wenn Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt haben, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz

Wir gewähren Ihnen Versicherungsschutz nach diesen "Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz" und den Versicherungsbedingungen der beantragten Versicherung,

- wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsvorsorge beantragt haben, für die Berufsunfähigkeit der versicherten Person infolge eines Unfalls
- wenn Sie eine KörperSchutzPolice beantragt haben, für die Beeinträchtigung von körperlichen und geistigen Fähigkeiten und Eintritt einer schweren Krankheit bei der versicherten Person infolge eines Unfalls.

Allianz Lebensversicherungs-AG

Wimmer Fribe

Deutsche Lebensversicherungs-AG

Nengbans Wittmann