

# UnfallSchutz

## Antrag und Beratungsdokumentation

**Antragsteller**  Herr  Frau  Firma Anredezusätze \_\_\_\_\_

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

Straße, Haus-Nummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Straßen-, Ortszusatz \_\_\_\_\_

Telefon\*) \_\_\_\_\_ Fax\*) \_\_\_\_\_ E-Mail\*) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand\*)  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  eheähnl. Lebensgem.

Ausgeübter Beruf\*) \_\_\_\_\_  Öffentlicher Dienst

Stellung im Beruf\*)  Arbeiter(in)  Beamter(in) / Richter(in)  Schüler(in) / Student(in)  Hausfrau / Hausmann  
 Angestellte(r)  Selbstständige(r)  Auszubildende(r)  Rentner(in) / Pensionär(in)  
 Inhaber(in), Vorstand oder Geschäftsführer(in) von \_\_\_\_\_

Referenz-Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_  Die Postanschrift gilt nicht für andere Verträge.

### Antragsteil I

**Zu versichernde Personen.** Der Versicherungsschutz wird im Anschluss für die genannten Personen und in dem angegebenen Umfang beantragt.

#### Angaben zur Ermittlung des Bedarfs für die Absicherung der finanziellen Folgen von Unfällen.

Angaben zu privaten Unfallversicherungen:

Derzeit und in den letzten 5 Jahren bestehende oder beantragte Unfallversicherungen bei anderen Gesellschaften ?

Für	Versicherungsschein-Nr.	Gesellschaft	Wann beantragt?	Wann aufgehoben?	Wer hat gekündigt?
_____	_____	_____	_____	_____	_____

#### Bestehende Versicherungen bei der Allianz Gruppe

Risiko-UV	Versicherungsschein-Nr.	erlischt	Bestehende UBR Versicherungsschein-Nr.
_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	_____

Bestehende – außer privaten Unfallversicherungen – private Absicherungen, die auch Unfallfolgen abdecken\*) \_\_\_\_\_

### Fragen und Angaben zu gefahrerheblichen Umständen

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen, die der Vermittler uns übermittelt. Sie sind verpflichtet, diese Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernden Personen.

Bitte beachten Sie, dass Sie den Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen.

Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in den nachfolgenden „Hinweisen zu gefahrerheblichen Umständen in der Unfallversicherung“ und unter „Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“.

Geburtsdatum der zu versichernden Person

Name, Vorname	männl.	weibl.	Geburtsdatum	Berufsgruppe
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B

#### Berufsgruppe

Bitte beachten Sie vor Beantwortung der Fragen zur Berufstätigkeit unsere „Hinweise zu gefahrerheblichen Umständen in der Unfallversicherung“ in diesem Antrag. Die Berufsgruppe muss nur bei versicherten Personen ab dem 17. Geburtstag angegeben werden.

#### Gesundheit

Ist eine Pflegestufe/Pflegegrad vorhanden bzw. wird eine Leistung aus der Pflegeversicherung bezogen oder wurde ein Antrag auf Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung gestellt und ist offen?

Name, Vorname	ja	nein
1. _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

#### KinderinvaliditätsSchutz

1) Das zu versichernde Kind hat oder hatte folgende Gesundheitsbeeinträchtigungen inkl. Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen und Verhaltensstörungen. Welche Gesundheitsstörungen erheblich und angabepflichtig sind, entnehmen Sie bitte unseren „Hinweisen zu gefahrerheblichen Umständen im Baustein KinderinvaliditätsSchutz“ in diesem Antrag.

2) Wurde ein Antrag auf Feststellung einer Behinderung gestellt oder steht einer bevor? Bitte ggf. Kopie des Antrages oder Bescheides beifügen.

Gesundheit, bitte mit Name, Vorname \_\_\_\_\_

\*) freiwillige Angabe

**Über die Absicherung der finanziellen Folgen von Unfällen haben wir Sie wunschgemäß beraten.**

Die Art der Invaliditätsleistung (ab 1, 20 oder 50%) sowie die Höhe der Versicherungssumme/n der beantragten Leistungsarten wurde/n im Rahmen der Vorgaben des besprochenen Tarifs ermittelt

- aufgrund Ihres ausdrücklichen Wunsches.  orientieren sich im Rahmen der Vorgaben des besprochenen Tarifs an Ihren Angaben zu den wirtschaftlichen Verhältnissen, den bestehenden Absicherungen und dem gewünschten Absicherungsziel für die zu versichernde Person.
- aufgrund des von Ihnen gewünschten Beitrages.

**Besonderheiten bei der Beratung**

(erforderlichenfalls separates Blatt beifügen): \_\_\_\_\_

Eine kurze Erläuterung der Leistungsarten finden Sie im Anschluss. Nach Beratung haben Sie sich entschieden für:

**Hinweis:** In einem Antrag können entweder die Invaliditätsmodelle „UnfallSchutz/UnfallSchutz Plus“ oder UnfallSchutz Basis beantragt werden.

**Für Personen ab Geburt bis zum 82. Geburtstag**

**UnfallSchutz Plus & UnfallSchutz mit Progression 500**

Invaliditätsleistung ab %	Invaliditätsleistung bis zu	Invaliditäts-summe*)	TopSchutz	Unfallrente	Wieder-Fit	Rundum-Service **)	Akut-leistung	Krankenhaus-tagegeld 1.–3. Tag ***)	ab 4. Tag	Todesfall-summe	Beitrag lt. ZP
<input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 20%											
<input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 20%											
<input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 20%											
<input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 20%											

\*) Mitversichert sind u. a. der persönliche Unfallberater, eine anrechenbare Sofortleistung bei schweren Verletzungen sowie jeweils 50.000 EUR für Kosten von kosmetischen Operationen und für Bergungskosten. \*\*) Der Rundum-Service kann nur im Tarif für Erwachsene abgeschlossen werden. \*\*\*) Bei ambulanten Operationen einmalig drei Tagessätze. Bei Kindern bis zum 14. Geburtstag zusätzlich einen Tagessatz für jeden Tag der Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-In).

Als weitere Leistungen können in UnfallSchutz Plus und UnfallSchutz noch folgende Bausteine eingeschlossen werden:

**UBR-Update zu einem bestehenden UBR-Vertrag je versicherter Person:**

1	
2	
3	
4	

Das UBR-Update ergänzt die Bedingungen des angegebenen UBR-Bezugsvertrages\*) um die Verbesserungen aus den Bedingungen des UnfallSchutzes. Dies betrifft folgende Bereiche:

- Unfallbegriff (z. B. gelten Eigenbewegungen als Unfall)
- Ausschlüsse (z. B. sind Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen eingeschlossen)
- Mitwirkung: Wirken Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen mit, wird dies erst ab einem Wirkungsgrad von 50% berücksichtigt
- Meldefristen bei Invalidität: Bis zu 24 Monate nach dem Unfallereignis möglich

\*) Bitte Bezugsvertrags-Nr. angeben

**KinderinvaliditätsSchutz für Kinder ab dem 1. Geburtstag bis zum 17. Geburtstag**

	Kapital	Beitrag lt. ZP
1		
2		

Einmalige Kapitaleistung ab einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 durch Unfall oder Krankheit (mindestens 20.000, höchstens 250.000 EUR)

**UnfallSchutz Basis mit fester Summe ab einem Invaliditätsgrad von 50%**

	Invaliditätsleistung ab %	Invaliditätsleistung	Wieder-Fit	Akutleistung	Beitrag lt. ZP
1	50%				
2	50%				
3	50%				
4	50%				

Mitversichert sind u.a. der persönliche Unfallberater sowie jeweils 25.000 EUR für Kosten von kosmetischen Operationen und für Bergungskosten.

**Bezugsberechtigung.** Wer soll auf die für den Todesfall vereinbarten Leistungen bezugsberechtigt sein? Bei minderjährigen zu versichernden Personen dürfen gesetzliche Vertreter aufgrund rechtlicher Vorschriften nicht als Bezugsberechtigte benannt werden; die Angabe „Erben“ ist aber möglich.

Anderer Bezugsberechtigter: Zu-, Vorname und Geburtsdatum

1. Person  Der dann mit der vers. Person in gültiger Ehe lebende Ehegatte  \_\_\_\_\_
2. Person  Der dann mit der vers. Person in gültiger Ehe lebende Ehegatte  \_\_\_\_\_

**Nebenabreden.** Welche zusätzlichen Vereinbarungen sollen gelten?

\_\_\_\_\_

**Versicherungsbeginn, Vertragsende.** Ich kann eine Laufzeit von 1 oder 3 Jahren wählen. Bei einer Dauer von 3 Jahren erhalte ich einen Dauernachlass von 10 %.

Versicherungsbeginn mittags 12 Uhr	Vertragsdauer	Vertragsende mittags 12 Uhr
_____	<input type="checkbox"/> 1 Jahr <input type="checkbox"/> 3 Jahre	_____

Ist eine Vertragsdauer von mindestens einem Jahr vereinbart, verlängert sich der Vertrag nach Ablauf der vereinbarten Dauer um jeweils ein weiteres Jahr, wenn weder Sie noch wir den Vertrag kündigen. Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer oder jedes darauf folgenden Jahres zugehen. Die Kündigung bedarf der Schriftform, gleich ob die Kündigung durch Sie oder uns erfolgt. Bei der Unfallversicherung 60 Aktiv können wir den Vertrag nicht zum Ende der vereinbarten Dauer kündigen.

**Beitrag**

- 10 % Partner- und Kindernachlass
- 10 % Dauernachlass berücksichtigt
- 10 % Bündelbonus berücksichtigt oder  \_\_\_\_\_ % Kombirabatt berücksichtigt

Bezugsvertrags-Nr. \_\_\_\_\_

Bezugsvertrags-Nr. 1 \_\_\_\_\_

Bezugsvertrags-Nr. 2 \_\_\_\_\_

Bezugsvertrags-Nr. 3 \_\_\_\_\_

Zahlungsperiode  jährlich **Endbetrag pro Fälligkeit**

Zahlung mit  Rechnung  SEPA-Mandat

**Beiträge, Zahlungsperiode, Beitragsanpassung, Kosten.** Die ausgewiesenen Endbeträge berücksichtigen den Beitrag, Beitragsnachlässe sowie die zum Zeitpunkt der Antragsstellung gültige Versicherungssteuer. Die Folgebeiträge sind jeweils am 1. des Fälligkeitsmonats zu zahlen. Monatliche Zahlung setzt voraus, dass die Beiträge aufgrund eines SEPA-Lastschriftmandats eingezogen werden können. Entfällt diese Voraussetzung, gilt vierteljährliche Zahlung als vereinbart. Auf die Möglichkeit zur Beitragsanpassung bei Anhebung des Versicherungsteuersatzes wurden Sie hingewiesen. Entsteht aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand (z. B. Mahnkosten, Lastschriftrückläufer), können Ihnen die dadurch verursachten Kosten gesondert pauschal in angemessener Höhe in Rechnung gestellt werden.

## Allgemeine Hinweise zur Unfallversicherung

### Beratungsdokumentation

Bitte nehmen Sie den Antrag zu Ihren Versicherungsunterlagen. Wir dokumentieren damit zugleich Ihre Beratung. Diese Beratung ersetzt keine evtl. erforderliche Rechts- oder Steuerberatung. Sie umfasst auch nicht die Prüfung Ihrer Vermögensverhältnisse, Ihrer Versorgungssituation oder Ihrer bestehenden Versicherungsverträge, soweit diese nicht von Ihrem Allianz Fachmann betreut werden. Bitte prüfen Sie sorgfältig, ob die Angaben in diesem Dokument vollständig und richtig sind und unterrichten Sie uns andernfalls.

### Partner- und Kindernachlass

Sie erhalten zusätzlich einen Beitragsnachlass von 10% auf Unfallversicherungen, die nach einem bonusberechtigten Tarif abgeschlossen sind. Voraussetzung dafür ist, dass Sie mindestens zwei Personen einer Familie/Partnerschaft, davon mindestens einen Erwachsenen, gegen Unfälle versichern. Wenn sich die Voraussetzungen während der Vertragsdauer ändern, so passen wir gleichzeitig den Beitrag entsprechend an.

### Bündelbonus

Auf Unfallversicherungen, die nach einem bonusberechtigten Tarif abgeschlossen sind, gibt es zusätzlich einen Beitragsnachlass von 10%. Voraussetzung dafür ist, dass 3 Jahre Laufzeit und aktuelle Bedingungen vereinbart werden. Zum Beginndatum des Vertrages werden mindestens zwei weitere aktive bonusrelevante Verträge unter derselben Partnernummer (PANR) des Versicherungsnehmers geführt oder gleichzeitig beantragt.

### Kombirabatt

Auf Unfallversicherungen, die nach einem bonusberechtigten Tarif abgeschlossen sind, gibt es zusätzlich einen Beitragsnachlass von 15% (bei 3 Verträgen) oder 20% (ab 4 Verträgen). Voraussetzung dafür ist, dass 3 Jahre Laufzeit zum Beginndatum des Vertrages bestehen mind. zwei weitere lebende PrivatSchutz-Hauptverträge und/oder Zählstücke bestehen oder gleichzeitig beantragt sind. Bündelbonus und Kombirabatt können nicht gemeinsam vergeben werden.

### Dynamik

Die Versicherung wird mit Zuwachs von Beitrag und Leistung abgeschlossen. Keine Dynamik für kosmetische Operationen, Bergungskosten, Familienvorsorge, Hilfsleistungen und Invaliditäts-Zusatzversorgung.

### Infektionen und Zeckenstiche

Versicherungsschutz besteht auch für durch Zeckenstiche übertragene Infektionen. Hierzu gehören insbesondere Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und Borreliose.

### Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten

Kostenübernahme für Zahnbehandlung und Zahnersatz bei einem unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Zähnen im Rahmen der Kosten für kosmetische Operationen.

### Impfschäden

Versicherungsschutz besteht auch bei Gesundheitsschädigungen durch Impfungen.

## Kurzerläuterungen der Leistungsarten

### BasisSchutz

Ab 50% Invalidität (z. B. der Verlust eines Auges) wird die vereinbarte Versicherungssumme geleistet.

Die Leistung ist wählbar von 100.000 EUR bis 1.000.000 EUR.

### UnfallSchutz/UnfallSchutz Plus

Wenn nach einem Unfall Dauerfolgen bleiben, wird ein Kapital aus der vereinbarten Invaliditätssumme fällig. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Beeinträchtigung, also danach, ob nach einem Unfall Teil- oder Vollinvalidität besteht. (UnfallSchutz Plus mit Leistung ab 1%, UnfallSchutz mit Leistung ab 20% Invalidität).

Mit der vereinbarten Progression 500 steigt die Leistung abhängig vom Invaliditätsgrad überproportional an. Bei Vollinvalidität (Invaliditätsgrad 100%) leisten wir dadurch die 5-fache Versicherungssumme.

Mit dem TopSchutz als wählbare Zusatzoption wird bereits ab einem Invaliditätsgrad von 50% die volle 5-fache Versicherungssumme (500%) gezahlt.

### Wieder-Fit

Für beste Therapie und Behandlung nach einem Unfall – individuelles Reha-Konzept und Zweitmeinung vom Spezialisten, Kostenübernahme für zusätzliche Behandlungen und Reha-Maßnahmen bis zu 10.000 EUR.

### Rundum-Service

Führt ein Unfall zu einer Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person, dann erbringen wir bis zu 6 Monaten nach dem Versicherungsfall folgende Leistungen:

- Beratung: Welche Unterstützung braucht die versicherte Person?
- Hilfeleistungen: Menüs-service – tägliches Mittagessen, Einkäufe und Besorgungen,
- Begleitung bei Arzt- und Behördengängen, Wäscheservice, Wohnungsreinigung,
- Hausnotruf, Tag und Nachtwache, Organisation der Unterbringung von Haustieren,
- Organisation von Gartenpflege und Schneeräumdienst.
- Information zur Pflgethematik, Grundpflege
- Hilfsleistungen für pflegebedürftige Partner und Verwandte 1. Grades sowie Schwiegereltern
- Übergreifende Information zu Leistungen von Sozialversicherungsträgern
- Betreuung und Versorgung von Kindern im Haushalt bis zu 14 Tagen; Verbringen/Abholen der Kinder zu/von diversen Aktivitäten.
- Fahrdienste zu sozialen Anlässen,
- medizinische Fußpflege
- Beratung und Koordination zu allen sonstigen Problemen, die nach einem Unfall auftreten können

### Akuteleistung

Bei einem Knochenbruch oder einer vollständigen Zerreißung eines Muskels, einer Sehne, eines Bandes oder einer Kapsel z. B.

- bei Bruch eines Fingers, einer Zehe 300 EUR
- bei Bruch eines Armes, einer Schulter, Hand, Bein, eines Fußes 1.500 EUR
- bei einem Becken-, Wirbel oder Hüftbruch 3.000 EUR

### Krankenhaustagegeld

Wird für jeden einzelnen Tag gezahlt, an dem eine stationäre Behandlung der versicherten Person in der Klinik (auch „Reha-Klinik“) erfolgt. Für den 1. bis 3. Tag einfach, ab dem 4. Tag doppelt bis zu 5 Jahre nach dem Unfall. Erfolgt aufgrund eines Unfalles eine ambulante Operation werden 3 Tagessätze des versicherten Krankenhaustagegeldes gezahlt.

Die Operation muss unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie (am ganzen Arm oder Bein) erfolgen. Ist das versicherte Kind am Unfalltag noch nicht 14 Jahre alt und eine Begleitperson wird im Krankenhaus mit untergebracht, wird ergänzend je ein Tagessatz des versicherten Krankenhaustagegeldes gezahlt.

### Todesfallleistung

Diese Leistung wird fällig, wenn die versicherte Person innerhalb eines Jahres an den Folgen des Unfalls stirbt. Wer diese Todesfallleistung bekommt, bestimmt der Versicherungsnehmer.

### KinderinvaliditätsSchutz

Wenn ein Unfall oder eine schwere Krankheit eine Beeinträchtigung mit einem Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 zur Folge hat, wird eine Kapitalleistung gezahlt.

## UBR-Update

Mit diesem Baustein kann eine bestehende Unfallversicherung mit garantierter Beitragsrückzahlung (UBR) „aktualisiert“ werden; es gelten dann die folgenden Bedingungsverbesserungen aus dem hier beantragten Vertrag auch für die UBR:

- Unfallbegriff, z.B. Einschluss von Eigenbewegungen
- Ausschlüsse, z.B. Mitversicherung von Unfällen aufgrund bestimmter Bewusstseinsstörungen und bei lizenzfreien Kfz-Rennen
- Anrechnung Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen erst ab 50%
- Meldefristen für Invalidität bei einheitlich 24 Monaten

## Unfallberater

Nach einem Unfall

- ist Ihr persönlicher Unfallberater rund um die Uhr erreichbar,
- unterstützt Sie in Notsituationen nach einem Unfall im In- oder Ausland und
- steht Ihnen bei allen Fragen zu den versicherten Leistungen zur Verfügung

Außerdem berät er Sie zu

- Umbaumaßnahmen „Haus“ und „Kfz“,
- ausbildungs- und beruflichen Wiedereingliederungs- und Umschulungsmaßnahmen sowie
- erforderlichen Hilfsmitteln (z.B. Prothesen, Rollstühle, Gehhilfen)

Die Kosten für Hilfsmittel übernehmen wir bis zu 10.000 EUR.

## Kosmetische Operationen und Bergungskosten

Kostenübernahme von unfallbedingten kosmetischen Operationen (auch Zahnbehandlung und Zahnersatz) und bei Bergung jeweils bis zu 50.000 EUR (Unfallschutz Basis bis zu 25.000 EUR), sofern kein anderer Kostenträger eintritt.

## Sofortleistung

Sofortleistung bei bestimmten Verletzungsbildern in Höhe von 10% der vereinbarten Invaliditätssumme. Die Sofortleistung wird auf eine spätere Invaliditätsleistung angerechnet.

## Hinweise zu gefahrerheblichen Umständen in der Unfallversicherung

### Berufsgruppe

Für die Einstufung in Berufsgruppen, gelten folgende Kriterien:

#### Berufsgruppe A

Personen mit kaufmännischer oder verwaltender Tätigkeit im Innen- oder Außendienst, leitend oder aufsichtsführend im Betrieb oder auf Baustellen, tätig im Laden, im Labor, im Gesundheitswesen, in der Schönheitspflege oder nicht erwerbstätige Personen.

#### Berufsgruppe B

Personen mit körperlicher oder handwerklicher Berufsarbeit oder beschäftigt mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen. Einzelne körperliche oder handwerkliche Tätigkeiten gehören in Berufsgruppe A.

Wird eine Tätigkeit ausschließlich kaufmännisch/verwaltend/aufsichtsführend ausgeübt, gilt Berufsgruppe A. Werden planmäßig oder regelmäßig, also nicht nur ausnahmsweise, auch Tätigkeiten nach den Berufsgruppen A und B ausgeübt, gilt Berufsgruppe B.

Zusätzlich ist zu beachten:

- Eine Änderung der Berufstätigkeit/Beschäftigung kann eine Erhöhung der Gefahr darstellen und ist uns deshalb unverzüglich mitzuteilen. Auch in Zweifelsfällen bitten wir Sie, uns zu kontaktieren.
- Folgende Berufe/Tätigkeiten (auch „nebenberuflich“) stellen ein besonderes Risiko dar:  
Berufssportler, Artist, Dompteur, Tierbändiger, fliegendes Personal. Versicherungsschutz kann hier nur nach individueller Prüfung des Einzelfalles geboten werden.

## Hinweise zu gefahrerheblichen Umständen im Baustein Kinder-Invaliditätschutz

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!  
Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Bitte geben Sie alle früheren oder bestehenden Gesundheitsbeeinträchtigungen an, die geeignet sein können, zu einer Schwerbehinderung beizutragen. Für uns in diesem Sinne „erheblich“ und damit anzugeben sind:

Frühere oder bestehende Gesundheitsbeeinträchtigungen	
<b>Länger andauernde oder über einen längeren Zeitraum kontrollbedürftige Krankheiten (= Dauer länger als ein Monat)</b>	z.B. – Allergien der Atemwege, Haut, Verdauungsorgane – Bluterkrankheit (auch Hämophilie) – Marfan-Syndrom – Zunehmende Sehverschlechterung – Tumor-Krebserkrankung
<b>Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen, Verhaltensstörungen</b>	z.B. – Frühgeburt vor der 33. Schwangerschaftswoche – Säuglingshirnblutung – Säuglingskrankengymnastik – Sitzen, Krabbeln, Laufen, Sprechen, Spielen oder soziale Kontakte zu spät eingetreten – Verzögertes Körperwachstum – Frühförderung; Integrationskindergarten; Zurückstellung vom Kindergarten – Vorstellung im Sozialpädagogischen Zentrum, Entwicklungstests nötig – Schulversuch gescheitert; Zurückstellung von der Schule; Förder- oder Integrationsschule nötig – Lernschwäche; Teilleistungsstörung, Rechtschreib-/Leseschwäche, Legasthenie – Aufmerksamkeitsstörungen; Hyperaktivität (ADS, ADHS); auch Ritalin-Behandlung
<b>Fehlbildungen an oder dauernde Beeinträchtigungen von Gliedmaßen, Sinnesorganen oder anderen Körperbereichen</b>	z.B. verwachsene oder fehlende Körperteile, Bewegungsstörungen, Augenfehler, Schwerhörigkeit, Herzfehler, Nervenkrankheiten
<b>Störung der Gehirnfunktion/psychische Krankheiten</b>	z.B. Autismus, Depression, Neurose, Psychose, Schizophrenie, Tic-Syndrom, geistige Behinderung
Die Angabe ist auch erforderlich, wenn die endgültige Diagnose noch nicht feststeht	

## Wichtige Mitteilung zu den 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 bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung 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.

#### 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.

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 Gefahrabsicherung 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 Gefahrabsicherung 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 Vertragsschluss. 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.

#### 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.

## A. Erklärungen

**A.1.** Hiermit beantrage ich den Abschluss der unter Teil I dieses Antrags erfassten Versicherung(en). Die für den Abschluss des / der Vertrages / Verträge erforderlichen Angaben habe ich gegenüber dem Vermittler gemacht. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes bin ich einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt.

Ich erkläre zusätzlich Folgendes:

### Zusätzliche Erklärung der volljährigen zu versichernden Person(en) bei Antrag auf Abschluss einer Unfallversicherung

Von den Angaben des Antragstellers gegenüber dem Vermittler und vom Inhalt dieser Erklärung habe ich Kenntnis.

Stirbt der Antragsteller/Versicherungsnehmer und wird/war die beantragte Versicherung auf meine Person abgeschlossen, gehen, wenn nichts anderes vereinbart ist, alle Rechte und Pflichten auf mich ab diesem Zeitpunkt über.

## A.2. Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung:

### Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

*(Die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.)*

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten für Ihre gewünschte(n) Versicherung(en) erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Allianz Versicherungs-AG (im Folgenden „der Versicherer“), daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten 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 Unfallversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten 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.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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 und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten

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

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 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 Versicherungsvertrags erforderlich ist.

### 2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten 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.

#### 2.1. 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 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 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 angefügt <sup>1\*)</sup>. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.allianz.de/hinweise/datenschutz-grundsaeetze/index.html](http://www.allianz.de/hinweise/datenschutz-grundsaeetze/index.html) eingesehen oder bei Ihrem Versicherer (Allianz Versicherungs-AG, 10900 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 15, [sachversicherung@allianz.de](mailto:sachversicherung@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 an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten 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 und anderer von der Schweigepflicht geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.



## 2.2. Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzuschließen, können wir Verträge mit Rückversicherern abschließen, die das von uns versicherte Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übermitteln. Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungs- oder Leistungsantrag dem Rückversicherer vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass uns der Rückversicherer aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Hat ein Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, kann er kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherer weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Beitragszahlungen und Leistungsfällen können ebenfalls Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

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

**Ich willige ein**, dass meine Gesundheitsdaten – 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 und weitere von der Schweigepflicht geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

## 2.3. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in den 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 sonstige von der Schweigepflicht geschützten Vertragsinformationen in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

## 3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherer beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und in der Lebensversicherung im HIS bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

**Ich willige ein**, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – 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.

### 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.

.....

#### 1\*) Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe, die von der Schweigepflicht geschützte Stammdaten in gemeinsamen DV-Verfahren nutzen:

Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, AllSecur Deutschland AG und 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)
- Rechtsanwälte Wagner Pauls Kalb (Einzug notleidender Forderungen, Regress, Mahnverfahren)
- Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
- Entsorgungsunternehmen (datenschutzgerechte Vernichtung von Papierunterlagen)

## B. Hinweise

### B.1. Vertragsgrundlagen

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

### B.2. Widerrufsrecht

Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht erhalten Sie mit dem Versicherungsschein. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, läuft der ursprüngliche Versicherungsvertrag weiter.

### B.3. Verzichtsmöglichkeit

Ein Verzicht auf die Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Versicherungsbedingungen und der nach der VVG- Informationspflichtenverordnung vorgeschriebenen Informationen (Versicherungsinformationen und bei Verbrauchern das Produktinformationsblatt) vor Antragstellung setzt eine gesonderte schriftliche Erklärung voraus. In diesem Fall erhalten Sie die Unterlagen zusammen mit dem Versicherungsschein.

### B.4. 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 Versicherungs-AG (im Folgenden „der Versicherer“), die Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

Allianz Versicherungs-AG

10900 Berlin

Telefon: 08 00.4 10 01 15

E-Mail: sachversicherung@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 - in der Unfallversicherung auch Ihre Gesundheitsdaten - drei volle Kalenderjahre für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Angaben zum Schaden- oder 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](http://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 in der Unfallversicherung, 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:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten insbesondere durch Datenanalysen zur Missbrauchsbekämpfung,
- für Markt- und Meinungsfragen,
- 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 selbstständige 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](http://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: Das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht in Ansbach.

#### Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte den beiliegenden Hinweisen zum HIS.

#### Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

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 dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

#### Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen insbesondere in der KFZ-Haftpflichtversicherung notwendig ist, fragen wir bei der infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden, Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

Die infoscore Consumer Data GmbH verarbeitet personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos z. B. bei Abschluss eines Versicherungsvertrages zur Verfügung zu stellen. Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und sofern die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, nicht überwiegen. Das berechnete Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit wirtschaftlichem Risiko gegeben (z.B. Abschluss eines Versicherungsvertrages).

Nähere Informationen gem. Art. 14 DSGVO über die infoscore Consumer Data GmbH stellt Ihnen diese hier [<https://finance.arvato.com/icidinfoblatt>] zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Soweit darüber hinaus Bonitätsauskünfte eingeholt werden sollten, 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](http://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 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 Erschwernis 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.

#### 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

## C. Unterschriften (Bitte mit Name und Vorname)

Mit der Unterschrift gebe ich die unter A. aufgeführten Erklärungen, **einschließlich der Erklärungen zur Datenverarbeitung**, ab. Die Hinweise unter B. habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernden Personen.

**Bitte beachten Sie**, dass Sie Ihren **Versicherungsschutz gefährden**, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben zu den „Fragen zu gefahrerheblichen Umständen“ machen. Ausführliche Hinweise zu Ihren Anzeigepflichten und den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie unter **„Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“**, die zusammen mit den „Fragen zu gefahrerheblichen Umständen“ in Ihren Antragsunterlagen enthalten ist.

Die Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen. Gesetzlich vertretene Personen unterschreiben, wenn sie einsichtsfähig sind, frühestens ab 16 Jahren.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

NQ18

\_\_\_\_\_  
Antragsteller

NQ19

\_\_\_\_\_  
zu versichernde Person 1

NQ20

\_\_\_\_\_  
zu versichernde Person 2

NQ21

\_\_\_\_\_  
zu versichernde Person 3

NQ56

\_\_\_\_\_  
bisheriger Versicherungsnehmer

NQ25

\_\_\_\_\_  
Vermittler

## D. Empfangsbestätigung

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen zu der/den von mir beantragten Versicherung(en) erhalten:

- Vordruck dieser „Erklärungen und Hinweise zum Antrag auf Abschluss einer Versicherung“ inkl. der „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“.
- „Fragen zu gefahrerheblichen Umständen“ \_\_\_\_\_ und die  
Druckstücknummer inkl. Stand oder Teil I dieses Antrages  
„Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“

NQ26

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller / gesetzlicher Vertreter

## Allianz Versicherungs-AG

### Allianz Versicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzende des Aufsichtsrats: Dr. Helga Jung.

Vorstand: Dr. Klaus-Peter Röhler, Vorsitzender; Katja de la Viña, Jochen Haug, Dr. Jörg Hipp, Aylin Somersan Coqui, Frank Sommerfeld, Dr. Dirk Vogler, Dr. Rolf Wiswesser.

Für Umsatzsteuerzwecke: USt-IdNr.: DE 811 150 709; für Versicherungsteuerzwecke: VersSt-Nr.: 802/V90802004778.

Finanz- und Versicherungsleistungen i.S.d. UStG / MwStSystRL sind von der Umsatzsteuer befreit.

Sitz der Gesellschaft: München

Registergericht: Amtsgericht München HRB 75727

## Verzichtserklärung

Hiermit verzichte ich darauf, dass mir vor Antragstellung die Vertragsbestimmungen einschließlich der Versicherungsbedingungen und die nach der VVG-Informationspflichtenverordnung vorgeschriebenen Informationen (Versicherungsinformationen und bei Verbrauchern das Produktinformationsblatt) zu der/den von mir gewünschten Versicherung(en) übermittelt werden. Diese Unterlagen erhalte ich zusammen mit dem Versicherungsschein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

NQ2

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

### Hinweis:

Durch diese Verzichtserklärung wird das gesetzliche Widerrufsrecht nicht beeinträchtigt.

Bitte zurücksenden an:

Allianz Versicherungs-AG  
10900 Berlin

Mandatsnummer

– Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit –

## SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

Ich kann innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Datum der Kontobelastung – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

Versicherungsnehmer

---

Name, Vorname (bzw. Firma)

Kontoinhaber (wenn nicht Versicherungsnehmer)

---

Name, Vorname (bzw. Firma)

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort

---

Geburtsdatum

Geldinstitut 

---

  
IBAN  
BIC

---

Ort, Datum

Vertragsführende Gesellschaft und deren Gläubiger-Identifikationsnummer:

- Allianz Versicherungs-AG  
DE10ZZZ00000051878
- Allianz Lebensversicherungs-AG  
DE07ZZZ00000063475
- Allianz Private Krankenversicherungs-AG  
DE40ZZZ00000063851
- Deutsche Lebensversicherungs-AG  
DE77ZZZ00000063476
- Allianz Pensionsfonds AG  
DE57ZZZ00000085855
- Allianz Pensionskasse AG  
DE84ZZZ00000085854

NQ99

---

Unterschrift des Kontoinhabers

Rücksendemöglichkeiten:

- per Post an die Allianz Versicherungs-AG, 10900 Berlin
- per Fax an 08 00.44 00 101
- als Scan / Foto an die sachversicherung@allianz.de
- durch Rückgabe an Ihren Vermittler