



**PRESSE-VERSORGUNG**

**PRESSE-VERSORGUNG**

Ihre Vertragspartner: Ein Konsortium aus  
Allianz Lebensversicherungs-AG (Federführer),  
AXA Lebensversicherung AG,  
HDI Lebensversicherung AG,  
R+V Lebensversicherung AG

Bitte zurücksenden an:

Presse-Versorgung  
11512 Berlin

[www.presse-versorgung.de](http://www.presse-versorgung.de)

Lebensversicherung Privat

**Antrag auf Abschluss einer  
Presse PrivatRente Perspektive**

Federführendes Versicherungsunternehmen: **Allianz Lebensversicherungs-AG.**

Vorsitzender des Aufsichtsrats der Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft: Dr. Klaus-Peter Röhler.

Vorstand: Katja de la Viña, Vorsitzende; Dr. Heinke Conrads, Henriette Götze, Dr. Alf Neumann, Dr. Volker Priebe, Dr. Martin Riesner, Dr. Thomas Wiesemann.

Für Umsatzsteuerzwecke: USt-IdNr. DE811150678; für Versicherungssteuerzwecke: VersSt-Nr.: 801/V90801011184. Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei i.S. des UStG und der MwStSystRL. Hauptverwaltung: Reinsburgstraße 19, 70178 Stuttgart. Sitz der Gesellschaft: Stuttgart. Registergericht: Stuttgart, HRB 20231

Interne Vermerke  
 S  V

## Antrag auf Abschluss einer Presse PrivatRente Perspektive

### Persönliche Daten

#### Antragsteller

**(Versicherungsnehmer)**  Herr  Frau Anredezusätze \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort, Wohnland \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Straßen-, Ortszusatz \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Geburtsland \_\_\_\_\_

Geburtsname+ \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Hinweis: Gibt es neben dem Vertragspartner ggf. eine für ihn **aufretende Person** (z. B. aufgrund einer Einzelvollmacht) **oder** ist der Vertragspartner eine **juristische Person**, verwenden Sie bitte das **Formular GV---0051 Z0**. Bitte reichen Sie zusätzlich das Formular EV---4107Z0 bei Abschluss mit ein, sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns bzw. zum Zeitpunkt der Leistung über 75 Jahre alt ist.

Ausweisdaten

 Personalausweis  Reisepass  elektronischer Aufenthaltstitel

Ausweisnummer \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_ Gültig bis (Ablaufdatum) \_\_\_\_\_

ausstellende Behörde \_\_\_\_\_

Eine **Kopie des Identifizierungsdokuments** ist diesem Antrag beizufügen.

Telefon+ \_\_\_\_\_

E-Mail+ \_\_\_\_\_

**Derzeitige** berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Bitte machen Sie auf dem Formular E---P0109Z0 bzw. E---P0122Z0 genauere Angaben zu Ihrer beruflichen Tätigkeit sowie zu Ihren Gesundheitsverhältnissen und geben Sie dort bitte Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung ab. Bitte nutzen Sie das E---P0109Z0, wenn eine Berufsunfähigkeitsrente mit beantragt ist.

Nur ausfüllen, wenn der Antragsteller (Versicherungsnehmer) nicht selbst die zu versichernde Person ist.

#### Zu versichernde Person

 Herr  Frau Anredezusätze \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort, Wohnland \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Straßen-, Ortszusatz \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Geburtsland+ \_\_\_\_\_

Geburtsname+ \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

**Derzeitige** berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Bitte machen Sie auf dem Formular E---P0109Z0 bzw. E---P0122Z0 genauere Angaben zu Ihrer beruflichen Tätigkeit sowie zu Ihren Gesundheitsverhältnissen und geben Sie dort bitte Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung ab. Bitte nutzen Sie das E---P0109Z0, wenn eine Berufsunfähigkeitsrente mit beantragt ist.

#### Mitzuversichernde Person (Bei Einschluss von Hinterbliebenenrente.)

 Herr  Frau Zuname, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Daten der Versicherung

**Dem Antrag ist zwingend das Vorschlagsdokument (mit dem zugehörigen Basisinformationsblatt) beizufügen.**

Tarifbezeichnung \_\_\_\_\_

Versicherungsbeginn 01 \_\_\_\_\_

Eintrittsalter \_\_\_\_\_

Aufschub-/Beitragszahlungsdauer \_\_\_\_\_

..... Jahre

..... Jahre und ..... Monate

Beitragszahlung erfolgt

 monatlich<sup>2</sup>  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich  einmalig

Rentenzahlung erfolgt

 monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

Ärztliche Untersuchung

 ja

### Zuwachs

Es wird – soweit möglich – der dynamische Zuwachs von Leistung und Beitrag beantragt.

**Wenn kein Zuwachs gewünscht wird, bitte ankreuzen** ohne Zuwachs.

PESVA02694

<sup>+</sup> Freiwillige Angabe<sup>1</sup> Wenn der Beruf den Abschluss über die Presse-Versorgung nicht zulässt, bitte unter **Nebenabreden** angeben, weshalb der zu Versichernde trotzdem zum berechtigten Personenkreis gehört.<sup>2</sup> Monatliche Beitragszahlung ist nur bei Erteilung einer Einzugsermächtigung möglich.

## Altersvorsorge

### Presse PrivatRente Perspektive

Zukunftsrente Perspektive mit Auszahlungsoption Kapital

**Lebenslange Rente berechnet aus dem zum Rentenbeginn vorhandenen Gesamtkapital mit den zu diesem Zeitpunkt maßgebenden Rechnungsgrundlagen.**

Für die Bildung der Rente zum Rentenbeginn mindestens zur Verfügung stehendes **Garantiekapital** in Höhe

EUR

Lebenslange **garantierte Mindestrente**

EUR

Zum Rentenbeginn stehen mindestens 90 % (Garantieprozentsatz) der gezahlten Beiträge zur Altersvorsorge für die Bildung der Rente zur Verfügung.

### Hinterbliebenenrente vor Rentenbeginn

**Garantierte Mindesthinterbliebenenrente**

EUR

**Todesfalleistung ab Hinterbliebenenrentenbeginn**

Jahresrenten abzgl. bereits gezahlter Jahresrenten

**Hinterbliebenenrente ab Rentenbeginn**

**Garantierte Mindesthinterbliebenenrente in % der garantierten Mindestrente (mind. 30%)**

Die Zahlung der Hinterbliebenenrente erfolgt lebenslanglich monatlich.

### Leistungen bei Tod:

während der Aufschubdauer:

Vorhandenes Kapital für die Altersvorsorge inkl. der Leistungen aus der Überschussbeteiligung.

ab Rentenbeginn:

Einmaliges Garantiekapital in Höhe der 5-fachen *oder* der  -fachen jährlichen, ab Rentenbeginn garantierten Rente abzüglich bereits gezahlter, ab Rentenbeginn garantierter Renten, *oder*

Einmaliges Kapital in Höhe des zu Rentenbeginn erreichten Gesamtkapitals abzüglich ab Rentenbeginn gezahlter Gesamrenten.

### Überschussbeteiligung während der Aufschubdauer:

Erweiterter Kapitalbonus *oder*  Kapitalbonus

### Überschussbeteiligung während des Rentenbezugs:

Überschussrente *oder*  Kombinierte Überschussrente *oder*  Zusatzrente

**Beitrag bzw. Einmalbeitrag** .....  EUR

## Hinterbliebenenvorsorge

**Kapital bei Tod** konstant

**Garantiekapital bei Tod**

EUR

**Beitrag** .....  EUR

**Garantiekapital bei Unfalltod während der Aufschubdauer**

EUR

**Beitrag** .....  EUR

## Berufsunfähigkeitsvorsorge

**Berufsunfähigkeitsvorsorge Premium** *oder*  **Berufsunfähigkeitsvorsorge Komfort**

**Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit**  mit **Wartezeit**<sup>3</sup> *oder*  ohne **Wartezeit**

ohne **Dynamik**  mit **5 % Dynamik**  mit  % **Dynamik**

**Beitrag** .....  EUR ..... **abzüglich Sofortüberschussbeteiligung**<sup>4</sup> .....  EUR

**Berufsunfähigkeitsrente**

EUR

Konstant *oder* jährlich steigend um  1%  2%  3% Ohne **Karenzeit** *oder*  Mit **Karenzeit** von  Monaten

**Wenn von der Altersvorsorge abweichend:** Beitragszahlungs-/Versicherungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente  Jahre

**Beitrag** .....  EUR ..... **abzüglich Sofortüberschussbeteiligung**<sup>4</sup> .....  EUR

**Pflegezusatzrente inkl. Pflegeanschlussoption**

Pflegezusatzrente bei Pflegebedürftigkeit:

Die Höhe der gesamten Pflegezusatzrente entspricht bei Abschluss der vereinbarten gesamten Berufsunfähigkeitsrente. Die garantierte Pflegezusatzrente beträgt maximal 2.000 EUR monatlich.

Pflegeanschlussoption

Nach Ablauf der Berufsunfähigkeitsvorsorge haben Sie die Möglichkeit ohne erneute Risikoprüfung eine selbstständige Pflegeversicherung zu den dann geltenden Konditionen über die Presse-Versorgung abzuschließen. Dies ist auch zu bestimmten Zeitpunkten während der Versicherungsdauer möglich.

Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ihren Versicherungsbedingungen.

**Beitrag** .....  EUR ..... **abzüglich Sofortüberschussbeteiligung**<sup>4</sup> .....  EUR

**Gesamtbeitrag**

bzw.

**Einmalbeitrag**

EUR ..... **abzgl. Sofortüberschussbeteiligung**<sup>4</sup> = **zu zahlender Beitrag** .....  EUR

## Hinweis

Bei Versicherungen mit einem einmaligen Beitrag oder mit einer Beitragszahlungsdauer von bis zu 9 Jahren oder mit einer Aufschubdauer von weniger als 10 Jahren verwenden wir in Bezug auf folgende Bausteine, welche über dieses Formular beantragt werden können, für einen bestimmten Zeitraum eigene Überschussanteilssätze:

Bausteine zur Altersvorsorge; Bausteine Hinterbliebenenrente vor Rentenbeginn.

Diese Überschussanteilssätze können von den Überschussanteilssätzen abweichen, die wir im Geschäftsbericht der Versorgungswerk der Presse GmbH für die Untergruppe nennen, der Ihre Versicherung angehört. Nähere Angaben zu den eigenen Überschussanteilssätzen und zu deren Höhe finden Sie in Ihren Versicherungsinformationen unter „Hinweise zu eigenen Überschussanteilssätzen“.

<sup>3</sup> Wird in der Premium-Vorsorge für freie Mitarbeitende bei Rundfunk- und Fernsehanstalten nicht angeboten.

<sup>4</sup> Die Höhe der Sofortüberschussbeteiligung kann nur für das 1. Versicherungsjahr garantiert werden.

## Inkasso

Zuname, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit und Anschrift des Beitragszahlers (nur ausfüllen, wenn der Beitragszahler nicht der Antragsteller/Versicherungsnehmer ist).

Beitragszahler \_\_\_\_\_

Ist der abweichende Beitragszahler eine **juristische Person** bitte die Erklärung GV---0051 Z0 beifügen.

Personalausweis  Reisepass  elektronischer Aufenthaltstitel Ausweisnummer \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_ Gültig bis (Ablaufdatum) \_\_\_\_\_

ausstellende Behörde \_\_\_\_\_

Die Beiträge werden bis auf Widerruf bei Fälligkeit gemäß den Angaben unter C. SEPA-Lastschriftmandat auf Seite 9 eingezogen.

**Bitte unterzeichnen Sie das SEPA-Mandat auf der letzten Seite (zwingend bei Lastschrift).**

Hinweis: Bei **Einmalbeiträgen** ab 100.000 EUR bzw. **Jahresbeiträgen** ab 60.000 EUR bitte das **Formular EV---4075Z0** zur Mittelherkunft beifügen. Bei Zahlungsart Überweisung ist der Beitrag rechtzeitig (zum Beginnstermin der Versicherung) auf das auf Seite 9 im Antrag genannte Konto zu überweisen.

### Zusätzliche Identifikationsunterlagen

– Kopie Ausweisdokument (zwingend beizufügen)

## Erklärung nach dem Geldwäschegesetz

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung oder die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu **nicht** von einem Dritten **beauftragt**.

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung oder die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf **fremde** Veranlassung. Ich wurde hierzu von einem Dritten beauftragt.

### Identifizierung des wirtschaftlich Berechtigten

Der **Zessionar, Pfandgläubiger oder Auftraggeber** (Vertragspartner wurde von einem Dritten beauftragt) ist eine **natürliche Person**.

Name, Vorname(n), Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit und vollständige Adresse (Straße, Hausnummer, Land, PLZ, Ort):

Personalausweis  Reisepass  elektronischer Aufenthaltstitel Ausweisnummer \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum \_\_\_\_\_ Gültig bis (Ablaufdatum) \_\_\_\_\_

Der **Zessionar, Pfandgläubiger oder Auftraggeber** (Vertragspartner wurde von einem Dritten beauftragt) ist eine **juristische Person, Personengesellschaft, eine nicht rechtsfähige Vereinigung, eine rechtsfähige Stiftung oder Vermögenstreuhänder**

**juristische Person, Personengesellschaft oder eine nicht rechtsfähige Vereinigung und** Gesellschaft, die an einem organisierten Markt nach § 2 Absatz 11 des Wertpapierhandelsgesetzes notiert ist

Name, Firma, Gesellschaftsform und vollständige Adresse (Straße, Hausnummer, Land, PLZ, Ort):

▶ Weitere Angaben sind nicht erforderlich.

**juristische Person, Personengesellschaft oder eine nicht rechtsfähige Vereinigung und** Gesellschaft ist **nicht** an einem organisierten Markt nach § 2 Absatz 11 des Wertpapierhandelsgesetzes notiert

**Stiftung oder Vermögenstreuhänder**

▶ Bitte die Erklärung GV---0051 Z0 beifügen.

Ausnahme: Bei erhöhtem Geldwäscherisiko (siehe Erläuterungen zum GV---0051 Z0), ist immer die Erklärung GV---0051 Z0 beizufügen.

**Hinweis für ungebundene Vermittler:** Es gelten weiterführende Pflichten bei der Identifizierung des Vertragspartners, der auftretenden Person, der wirtschaftlich Berechtigten und der Abklärung, ob der Vertragspartner oder wirtschaftlich Berechtigte eine sog. politisch exponierte Person ist (siehe Merkblatt „Prävention von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung“).

## Selbstauskunft zur steuerlichen Ansässigkeit des Versicherungsnehmers nach FATCA/CRS

Es ist grundsätzlich für jeden Versicherungsnehmer eine Selbstauskunft gem. FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)/CRS (Common Reporting Standard) auszufüllen. Bei **juristischen Personen** muss die Selbstauskunft über das Formular **EV--P4112Z0** erfolgen.

### Steuerliche Ansässigkeit(en) der natürlichen Person

Nennen Sie alle Länder, in denen Sie steuerlich ansässig sind (auch eine steuerliche Ansässigkeit in Deutschland ist anzugeben).

Bitte geben Sie die Steuer-ID an:

Staat 1 \_\_\_\_\_ Steueridentifikationsnummer \_\_\_\_\_  
Staat 2 \_\_\_\_\_ Steueridentifikationsnummer \_\_\_\_\_  
Staat 3 \_\_\_\_\_ Steueridentifikationsnummer \_\_\_\_\_

**Hinweis: Bitte geben Sie hier – neben der von Ihnen im Abschnitt Persönliche Daten auf Antragseite 2 angegebenen Staatsangehörigkeit – die weiteren Staaten an, deren Staatsangehörigkeit Sie besitzen:**

Sie verpflichten sich, Änderungen im Zusammenhang mit Ihrer steuerlichen Ansässigkeit unverzüglich, das heißt ohne schuldhaftes Zögern, schriftlich dem federführenden Versicherungsunternehmen mitzuteilen.

Wenn für uns als Versicherer eine gesetzliche Meldepflicht besteht, müssen wir die notwendigen Informationen an in- oder ausländische Steuerbehörden melden. Wenn Sie die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie ungeachtet einer bestehenden oder nicht bestehenden Steuerpflicht damit rechnen, dass wir Ihre Vertrags- und Personendaten an in- oder ausländische Steuerbehörden melden.

## Rechtsnachfolger des Versicherungsnehmers

Ist der Versicherungsnehmer nicht selbst die zu versichernde Person, soll bei seinem Tod die zu versichernde Person neuer Versicherungsnehmer werden. Ist der Versicherungsnehmer selbst die zu versichernde Person, soll bei seinem Tod die mitzuversichernde Person neuer Versicherungsnehmer werden.

### Eine hiervon abweichende Regelung bitte unter Nebenabreden vermerken.

Der Versicherungsnehmer kann die Rechtsnachfolge vor seinem Tod widerrufen und einen anderen Rechtsnachfolger bestimmen. Der Widerruf wird uns gegenüber erst wirksam, wenn uns dieser vom Versicherungsnehmer schriftlich angezeigt wird.

## Empfänger der Versicherungsleistungen

Wenn Sie Bausteine

- Berufsunfähigkeitsvorsorge und gegebenenfalls einen ergänzend versicherten Baustein Pflegezusatzrente,
- Pflegevorsorge oder
- Kindervorsorge

abgeschlossen haben, können Sie als **Bezugsberechtigte für den Erlebensfall** ausschließlich die versicherte Person oder einen nahen Angehörigen der versicherten Person gemäß § 7 Pflegezeitgesetz oder gemäß § 15 Abgabenordnung (zum Beispiel Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, Lebensgefährtin, Verwandte in gerader Linie, Geschwister) benennen. Diese Einschränkung des Personenkreises gilt nicht für das Bezugsrecht für den Todesfall.

### Bezugsberechtigte für alle Versicherungsleistungen einschließlich der Leistung aus der Überschussbeteiligung:

a)  Solange die versicherte Person lebt: der Versicherungsnehmer

b)   (nur ausfüllen wenn a) nicht gewünscht wird) \_\_\_\_\_

### Angehörigenverhältnis von Bezugsberechtigten im Erlebensfall zur zu versichernden Person:

- Eltern  Großeltern  Schwiegereltern  Stiefeltern  Ehegatten  Verlobte  Lebenspartner in eingetragener Lebenspartnerschaft  
 Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft  Geschwister (inkl. Halbgeschwister)  Ehegatten der Geschwister  
 Eingetragene Lebenspartner der Geschwister  Geschwister der Ehegatten  Geschwister der eingetragenen Lebenspartner  Kinder  
 Kinder des Ehegatten  Kinder des eingetragenen Lebenspartners  Adoptivkinder  Adoptivkinder des Ehegatten  Adoptivkinder des eingetragenen Lebenspartners  Pflegekinder  Pflegekinder des Ehegatten  Pflegekinder des eingetragenen Lebenspartners  Schwiegerkinder  
 Stiefkinder  Enkelkinder  Kinder der Geschwister (Nichte, Neffe)  Geschwister der Eltern (Onkel, Tante)  Pflegeeltern

c)  Bei Tod der versicherten Person: der zum Todeszeitpunkt mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehegatte

d)   (nur ausfüllen wenn c) nicht gewünscht wird) \_\_\_\_\_

Bei Eingabe einer natürlichen Person unter b) oder d) bitte zur Legitimierung Vorname, Name, Geburtsdatum und Adresse angeben.

## Nebenabreden

a) Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? Mündliche Abreden sind für die Versicherer nicht verbindlich.

b) Ehegatte bzw. Lebenspartner/Vater/Mutter versichert unter Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_ z.Zt. tätig als \_\_\_\_\_

c) Wiederanlage zu Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

## Zielmarkt (vom Vermittler auszufüllen)

Der Verkauf erfolgt innerhalb des Zielmarktes  ja  nein

Falls nein, Begründung: \_\_\_\_\_

## Kommunikationsdaten / Meine Allianz – für die Nutzung digitaler Services

Mit der **Angabe** der **E-Mail-Adresse** und der **Mobiltelefonnummer** haben Sie nachfolgende Vorteile:

**Einfache Kommunikation** mit Ihrem Versorgungswerk der Presse und Ihrem federführenden Versicherungsunternehmen sowie noch schnellere Bearbeitung Ihrer Vertrags- und Leistungsanliegen.

Zusätzliche Registrierung für das Kundenportal „**Meine Allianz**“ mit weiteren Vorteilen möglich.

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Mobiltelefonnummer:** \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass Sie mit den **Kunden-Kommunikationsdaten** die **Registrierung** für „**Meine Allianz**“ veranlassen.

Der Antragsteller erhält hierzu nach Abschluss des Vertrages eine separate E-Mail für die „**Meine Allianz**“ Registrierung.

Ich bestätige, dass ich die **Kommunikationsdaten bewusst nicht angeben werde. Damit verzichte ich auf die Möglichkeit, Vertragsänderungen digital durchzuführen** und Produkt- und Vertragsinformationen jederzeit digital abzurufen.

## A. Erklärungen

**A. 1.** Hiermit beantrage ich den Abschluss der 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.

**A. 2.** Ich gebe folgende Erklärungen zur Datenverarbeitung ab:

### Erklärungen zur Datenverarbeitung:

#### I. Einwilligung in die Verwendung von der Schweigepflicht geschützter Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die folgenden Erklärungen wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.

Unsere Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (im Folgenden „Schweigepflicht“). Darum benötigen wir, Ihre Allianz Lebensversicherungs-AG (im Folgenden „das federführende Versicherungsunternehmen“), als Unternehmen der Lebensversicherung Ihre Entbindung, um 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.

Die folgenden Erklärungen sind für 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 den von der Schweigepflicht geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des federführenden Versicherungsunternehmens.

#### Weitergabe Ihrer von der Schweigepflicht geschützten Daten an Stellen außerhalb des federführenden Versicherungsunternehmens

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

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

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, 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 Entbindung 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 für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die aktuelle Liste kann auf unserer Internetseite unter [www.allianz.de/dienstleister-leben/](http://www.allianz.de/dienstleister-leben/) eingesehen oder bei der Presse-Versorgung, 11512 Berlin oder unter [kontakt@presse-versorgung.de](mailto:kontakt@presse-versorgung.de) angefordert werden.

Soweit erforderlich, **entbinde ich** die Mitarbeiter der Allianz Deutschland Gruppe und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe der von der Schweigepflicht geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

##### 2. 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 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 verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

Soweit erforderlich, **entbinde ich** die für das federführende Versicherungsunternehmen tätigen Personen im Hinblick auf die von der Schweigepflicht geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

##### 3. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

In den folgenden Fällen kann es dazu kommen, dass von der Schweigepflicht geschützte Informationen über Ihren Vertrag selbstständigen 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 Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler über die geplante Weitergabe der von der Schweigepflicht geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

**Ich willige ein**, dass das federführende Versicherungsunternehmen meine von der Schweigepflicht geschützten Vertragsinformationen in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt **und entbinde** die für das federführende Versicherungsunternehmen tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

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

**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 das federführende Versicherungsunternehmen 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 des federführenden Versicherungsunternehmens 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 dem genannten Zweck entbinde ich** die Mitarbeiter des federführenden Versicherungsunternehmens 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.

## 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 sowie die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

### Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz

Nach dem Geldwäschegesetz (GwG) ist das federführende Versicherungsunternehmen verpflichtet, bei der Begründung der Kundenbeziehung die Identität Ihres Vertragspartners festzustellen. Darüber hinaus hat das federführende Versicherungsunternehmen den wirtschaftlich Berechtigten zu identifizieren. Wirtschaftlich Berechtigter ist grundsätzlich die natürliche Person, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Vertragspartner letztlich steht. Es kann auch mehrere wirtschaftlich Berechtigte geben.

## 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 (im Folgenden „das federführende Versicherungsunternehmen“), die Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

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

Alternativ können Sie sich auch an nachstehende Adresse wenden:

Presse-Versorgung  
11512 Berlin  
E-Mail: kontakt@presse-versorgung.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 Daten<sup>1</sup>, 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 das federführende Versicherungsunternehmen 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 oder unter [kontakt@presse-versorgung.de](mailto:kontakt@presse-versorgung.de) anfordern.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt für vorvertragliche Maßnahmen und zur Erfüllung Ihres Vertrages. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie Gesundheitsdaten oder genetische Daten<sup>1</sup>, 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 Meinungsumfragen,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte des federführenden Versicherungsunternehmens, 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 der Unternehmensgruppe des federführenden Versicherungsunternehmens sowie externe Dienstleister:

Spezialisierte Unternehmen der Unternehmensgruppe des federführenden Versicherungsunternehmens 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 der Unternehmensgruppe des federführenden Versicherungsunternehmens, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie der Übersicht auf unserer Internetseite unter [www.allianz.de/dienstleister-leben/](http://www.allianz.de/dienstleister-leben/) entnehmen oder unter [kontakt@presse-versorgung.de](mailto:kontakt@presse-versorgung.de) 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 das federführende Versicherungsunternehmen 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.

Den Datenschutzbeauftragten des federführenden Versicherungsunternehmens 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.

<sup>1</sup> Wir 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.

**Datenaustausch mit den von Ihnen im Antrag benannten Versicherern**

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls 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](http://www.allianz.de/datenschutz) abrufen oder unter [kontakt@presse-versorgung.de](mailto:kontakt@presse-versorgung.de) anfordern.

**Automatisierte Einzelfallentscheidungen**

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

Die automatisierten Entscheidungen beruhen auf von dem federführenden Versicherungsunternehmen 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
- mit Risikozuschlag und/oder
- mit Leistungsausschluss oder
- nicht versicherbar oder
- Prüfung im Innendienst.

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



## C. SEPA-Lastschriftmandat

**Federführendes Versicherungsunternehmen** Allianz Lebensversicherungs-AG  
10850 Berlin

**Gläubiger-Identifikationsnummer** DE07ZZZ00000063475

**Mandatsnummer** Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit.

**Antragsnummer / Vertragsnummer** \_\_\_\_\_

**Ich ermächtige** das federführende Versicherungsunternehmen, 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 des federführenden Versicherungsunternehmens 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.

*(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)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort

### Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
IBAN

IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

BIC

PESVA02694

### Konto für Einzahlungen von Einmalbeiträgen

Commerzbank AG, Stuttgart

IBAN DE96600800000900561400  
BIC DRESDEFF600

Bitte auf dem Überweisungsträger unbedingt vermerken:  
Vorname und Name der versicherten Person, Geburts-  
datum und Postleitzahl.

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich erteile dem federführenden Versicherungsunternehmen ein SEPA-Lastschriftmandat mit dem auf der vorherigen Seite beschriebenen Inhalt.

Ort, Datum

Unterschrift des **Kontoinhabers**

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

Mit der Unterschrift gebe ich die unter **A. aufgeführten Erklärungen einschließlich Werbeeinwilligung (sofern angekreuzt) und der Erklärungen zur Datenverarbeitung** ab. Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die **Hinweise unter B. habe ich zur Kenntnis genommen**. Die Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen.

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

Ort/Datum

**Antragsteller** (Versicherungsnehmer)

**Zu versichernde Person** (wenn es sich nicht um den Antragsteller handelt)

**Gesetzlicher Vertreter** (bei minderjährigem Versicherungsnehmer bzw. minderjähriger zu versichernder Person)

**Beitragszahler** (soweit nicht identisch mit Antragsteller und kein SEPA-Lastschriftmandat vorliegt)

**Vermittler**

### E. Empfangsbestätigung

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen erhalten und zur Kenntnis genommen:

- **Fragen und Angaben zu gefahrerheblichen Umständen zu den von mir beantragten Versicherungen einschließlich der Wichtigen Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (nur bei Einschluss einer Berufsunfähigkeits- oder Hinterbliebenenvorsorge) in Papierform**
- **Vorschlag mit dem zugehörigen Basisinformationsblatt**
- **Versicherungsinformationen**
- **Versicherungsbedingungen**
- **Funktionsweise Perspektive**

Unterschrift **Antragsteller**/gesetzlicher Vertreter