Allianz

Betriebliche Altersversorgung

FIRMEN

Gesundheitserklärung der zu versichernden Person/des Versorgungsberechtigten im Gruppenvertrag (Risikolebensversicherung oder Hinterbliebenenvorsorge mit oder ohne Beitragsbefreiung BU)

Allianz Pensionskasse AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats der
Allianz Pensionskasse AG: Dr. Heinke Conrads.
Vorstand: Martin Katheder, Ole Kielmann.

Für Umsatzsteuerzwecke:
USt-IdNr. DE227364769;
Finanz- und Versicherungsleistungen sind
umsatzsteuerfrei i.S. des
UStG und der MwStSystRL

Sitz der Gesellschaft: Stuttgart,
Registergericht: Stuttgart, HRB 23568

Allianz Pensionsfonds AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats der
Allianz Pensionsfonds AG: Dr. Heinke Conrads.
Vorstand: Marcel Basedow, Elmar Möller.
Für Umsatzsteuerzwecke:
USt-IdNr. DE813512617;

Finanz- und Versicherungsleistungen sind
umsatzsteuerfrei i.S. des
UStG und der MwStSystRL

Sitz der Gesellschaft: Stuttgart,
Registergericht: Stuttgart, HRB 20010

Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats der
Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft:
Dr. Klaus-Peter Röhler.
Vorstand: Dr. Rudolf Kubat, Vorsitzender;
Dr. Heinke Conrads, Henriette Götze,
Dr. Alf Neumann, Dr. Volker Priebe,
Dr. Martin Riesner, Dr. Thomas Wiesemann.

Für Umsatzsteuerzwecke: USt-IdNr. DE811150678;
VersSt.-Nr.: 801/V90801011184
Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei i.S.
des UStG und derMwStSystRL

Sitz der Gesellschaft: Stuttgart,
Registergericht: Stuttgart, HRB 20231

GV---0319Z0 (18V) 0.07.26

Bitte diese Seite vor dem Ausfüllen abtrennen und dem Kunden aushändigen!

Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?
Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.

Wir sind auf Ihre Angaben angewiesen, um das Risiko richtig einschätzen zu können und den Beitrag in einer angemessenen Höhe zu ermitteln.

Aus diesem Grund sind Sie verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt
Verletzen Sie eine vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Sie haben in diesem Fall Anspruch auf Auszahlung des Rückkaufwerts, soweit Ihre Versicherung die Auszahlung eines Rückkaufwerts dem Grunde nach vorsieht und ein solcher zum Zeitpunkt des Rücktritts vorhanden ist.

2. Kündigung
Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie eine vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei einer Lebensversicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag im Fall der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung
Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der 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.

Wir verzichten auf die uns nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zustehenden Rechte zur Vertragsänderung und Kündigung, wenn die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist.

5. Anfechtung
Wenn Sie uns arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten.

6. Stellvertretung durch eine andere Person
Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

GV--0319Z0 (18V) 0.07.26

PESVA02995

☐ Allianz Lebensversicherungs-AG
☐ Allianz Pensionskasse AG
☐ Allianz Pensionsfonds AG

Vermittler Nr. _____

Gesundheitserklärung der zu versichernden Person/des Versorgungsberechtigten im Gruppenvertrag

Gruppenvertrag
Vertrags-Nr. _____
wird durch die verwaltende Stelle ausgefüllt

Name des Vertragspartners _____

Zu versichernde Person/ Versorgungsberechtigter ☐ Herr ☐ Frau ☐ Anredezusätze _____
Zuname, Vorname _____
Straße/Hausnummer _____
Postleitzahl/Ort _____
Straßen-, Ortszusatz _____

Geburtsdatum
Geburtsort _____
Geburtsname+ _____

Daten der Versicherung gemäß Gruppenvertrag (nicht Allianz Pensionsfonds AG)

Garantiekapital bzw. Garantierente	Garantiekapital bei Unfalltod (gemäß vertraglichen Bestimmungen)	Tarif	Tarifbereich	ärztl. Untersuchung	Versicherungsbeginn	1/ jährl. Beitrag bzw. Einmalbeitrag
	☐ ja ☐ nein			☐ ja	1.	

Daten der Versicherung gemäß Versorgungsvertrag (nur Allianz Pensionsfonds AG)

Tarif	Tarifbereich	ärztl. Untersuchung	Versorgungsbeginn	1/ jährl. Hinterbliebenenrente	1/ jährl. Berufsunfähigkeitsrente
		☐ ja	1.	EUR	EUR

Den Erklärungen zur Verwendung meiner allgemeinen personenbezogenen Daten und zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten auf Seite 8 stimme ich zu. Durch meine Unterschrift mache ich sie zum Inhalt dieser Gesundheitserklärung. Dieses gilt auch für die Wichtige Erklärung zum Tabakkonsum der zu versichernden Person, wenn bei einer RisikoLebensversicherung zum Tabakkonsum Nichtraucher angegeben wurde.

Unterschriften (Bitte mit Vor- und Zunamen, ggf. Geburtsnamen)

Ort/Datum

Zu versichernde Person/Versorgungsberechtigter
(Bitte beachten: Unterschrift ist auch auf Seite 10 erforderlich.)

Gesetzlicher Vertreter

Vermittler

GV--0319Z0 (18V) 0.0726

PESVA02995

+ Freiwillige Angabe

Gesundheitserklärung der zu versichernden Person / des Versorgungsberechtigten

Wichtige Hinweise

1) Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen. Sie sind verpflichtet, die Fragen zu den gefahrerheblichen Umständen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde(n) Person(en).
Die Angaben können Sie gegenüber dem Versicherungsvermittler machen, der sie uns dann übermitteln wird. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns schriftlich nachzuholen.

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

2) Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden. Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!
Dies gilt nicht bei einem Antrag auf Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages mit einer Kapitalleistung von mehr als 300.000 EUR oder einer Jahresrente von mehr als 30.000 EUR. In diesen Fällen müssen Sie uns auch die Ergebnisse oder Daten bereits vorgenommener genetischer Untersuchungen oder Analysen mitteilen, selbst wenn diese allein darauf abzielen, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder künftig mögliche gesundheitliche Störung abzuklären.
Unabhängig davon bleiben Sie jedoch in jedem Fall verpflichtet, uns bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzuzeigen. Dabei ist unerheblich, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Bitte machen Sie immer Angaben zu den für den jeweiligen Tarif relevanten Fragen, wenn eine Risikolebensversicherung oder Hinterbliebenenvorsorge mit Risikoprüfung (mit oder ohne Beitragsbefreiung BU) (einschließlich Kapital bei Unfalltod) neu beantragt oder nachträglich eingeschlossen bzw. erhöht werden soll. Zur Erleichterung der Beantwortung der einzelnen Fragen haben wir Ihnen vielfach in Klammern auch Beispiele für Krankheiten etc. genannt. Es handelt sich hierbei nicht um abschließende Aufzählungen.
Falls eine Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeitsrente eingeschlossen werden soll, ist das Druckstück GV---0318Z0 zu verwenden.

Angaben der zu versichernden Person / des Versorgungsberechtigten

☐ A Allgemeine Fragen

1. Zur beruflichen Tätigkeit

☐ Die vollständigen Angaben zur beruflichen Tätigkeit können dem beigefügten persönlichen Vorschlag / Antrag entnommen werden.

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus (bitte genaue Bezeichnung)? _____

Sind Sie bei Ausübung Ihrer Tätigkeit besonderen Gefahren (z. B. Sprengstoff, Strahlen, gefährliche Stoffe) ausgesetzt? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: Welchen? _____

In welcher Branche sind Sie tätig? _____

Zu welcher Gruppe gehören Sie?

☐ Angestellte / Arbeiter ☐ Angestellte / Arbeiter des Öffentlichen Dienstes ☐ Beamte ☐ Freiberufler
☐ Selbstständige ☐ Gesellschafter-Geschäftsführer ☐ Vorstände (Kapitalgesellschaft)
☐ Leitende Angestellte (ab Prokura) ☐ Auszubildende ☐ Praktikanten ☐ Schüler
☐ Geringfügig Beschäftigte ☐ Arbeitssuchende ☐ (Freiwilliger) Wehrdienst

☐ in Elternzeit: Sofern vor weniger als 3 Jahren eine Tätigkeit ausgeübt wurde, bitte alle Details unter „1. Zur beruflichen Tätigkeit" eintragen.

☐ Studenten: Bitte nennen Sie Ihr Studienfach: _____

☐ Bundes- oder ☐ Jugendfreiwilligendienst (z. B. FSJ, FÖJ): Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Abschluss gemacht? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: Bitte nennen Sie den konkreten Abschluss: _____

☐ Bei Selbstständigen/GGF/Freiberuflern: Seit wann sind Sie ununterbrochen selbstständig? _____ / _____ (Monat/Jahr)

Entspricht Ihre Berufsausbildung Ihrer derzeitigen Tätigkeit? ☐ ja ☐ nein

Weitere Angaben: ☐ vollzeitbeschäftigt ☐ teilzeitbeschäftigt, Std. pro Woche _____ ☐ Saisonarbeiter

Höchster Abschluss: ☐ keiner ☐ staatl. anerkannte Berufsweiterbildung (z. B. Meister, Techniker, Fachwirt)
☐ Schulabschluss ☐ Hochschulabschluss (z. B. Universität, Hochschule, duales Studium)
☐ abgeschlossene Berufsausbildung

Wie groß ist der Anteil an Bürotätigkeit? _____ %

Sind Sie aufsichtsführend / geschäftsführend tätig? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: Wie viele Personen beaufsichtigen Sie? _____ Personen.

Anteil Bürotätigkeit, verwaltender oder aufsichtsführender Tätigkeit in % _____

Bei handwerklichen Berufen: Anteil der körperlichen Tätigkeit in % _____

Bei kaufmännischen Berufen: Verfügen Sie über eine abgeschlossene kaufmännische Ausbildung? ☐ ja ☐ nein

2. Zu Auslandsaufenthalten

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

Falls ja: Wo? Wann? Wie lange? _____

3. Freizeitaktivitäten

Üben Sie mindestens eine der folgenden **Freizeitaktivitäten** aus? ☐ ja ☐ nein

- Klettern oder Abseilen am Berg, in Höhlen, Canyons oder an Gebäuden (z. B. Gletscherwanderungen oder Alpines Klettern)
- Tauchen
  - **tiefer** als 40 Meter **oder** als Tauchlehrer **oder** unter fester Oberfläche (z. B. Eis-, Wrack- oder Höhlentauchen)
  - **tiefer** als 5 Meter **ohne** Tauchschein, **ohne** Begleitung oder **ohne** Atemgerät
- Teilnahme an Motorsportwettbewerben (z. B. Dragster oder Motocross)
- Teilnahme an Kampfsportwettbewerben (z. B. Boxen oder Judo)
- Galopprennen, Military/Vielseitigkeitsreiten, Rodeoreiten
- Fallschirmspringen, Wingsuit, Bungee-Sport, Flugsport (z. B. Paragliding oder Hubschrauberflug)
- Extremskiing, -boarding, Rennrodeln (z. B. Steilwandfahren, Snowkiten oder Hornschlitten)
- Downhillskating, Parcours, Kitesurfen, Canyonschwimmen, Klippenspringen, Hochseesport

Wenn Sie die Frage mit „ja" beantwortet haben, nennen Sie bitte die entsprechende(n) Freizeitaktivität(en):

_____

_____

4. Zu den Körpermaßen — Wie sind Ihre **Körpergröße** und Ihr **Körpergewicht**? _____ cm _____ kg

5. Zum am besten informierten Arzt

Welcher Arzt, Heilpraktiker oder sonstige nichtärztliche Therapeut ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert?

Name / Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

6. Zur telefonischen Erreichbarkeit

Wann und wie sind Sie am besten für Rückfragen unserer Antragsprüfer zu erreichen?

Tag: _____ Uhrzeit: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____

GV---0319Z0 (18V) 0.07.26

PESVA02995

☐ B Gesundheitsfragen bei Einschluss von Todesfallschutz mit oder ohne Beitragsbefreiung BU

Hinweis: Sofern eine BU-Rente mit eingeschlossen werden soll, verwenden Sie bitte das Druckstück GV---0318Z0.

Evtl. durchgeführte Gentests müssen hier nicht angegeben werden (siehe Wichtige Hinweise, Ziffer 2).

1. Sind Sie **derzeit** in **ärztlicher oder therapeutischer Behandlung** (bei Ärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten, Psychologen oder Psychotherapeuten)? ☐ ja ☐ nein

2. Werden Ihnen **derzeit verschreibungspflichtige Medikamente verordnet**? ☐ ja ☐ nein
   Darunter fallen alle Arten von verschreibungspflichtigen Medikamenten, unabhängig von der Darreichungsform (z. B. Tabletten, Spritzen, Salben); nicht anzugeben sind: Verhütungsmittel und Schilddrüsenhormonpräparate.
   Falls ja: Welche? _____

3. Waren Sie in den **letzten 5 Jahren in der gleichen Angelegenheit mindestens 4 mal oder länger als 4 Wochen** wegen Erkrankungen, Verletzungen oder Beschwerden bei **Ärzten** oder **Therapeuten** (z. B. Heilpraktiker, Physiotherapeuten oder Psychotherapeuten) in Behandlung, Untersuchung oder Beratung? ☐ ja ☐ nein
   Nicht anzugeben sind:
   - *Atemwegsallergien (z. B. Heuschnupfen) ohne Asthma,*
   - *Erkältungskrankheiten, die folgenlos ausheilten (z. B. Erkältungsschnupfen, Halsentzündung, Nasennebenhöhlenentzündung, Kehlkopf- oder Luftröhrenentzündung, grippaler Infekt),*
   - *Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, die folgenlos ausheilten,*
   - *Nahrungsmittelunverträglichkeiten,*
   - *Operationen ohne Komplikationen und Folgen an Blinddarm, Mandeln oder Nasenscheidewand,*
   - *Pilzerkrankungen (Nagelpilz, Fußpilz),*
   - *Schwangerschaften, Maßnahmen in der Reproduktionsmedizin,*
   - *Sportverletzungen, die ohne Folgen ausgeheilt sind,*
   - *Über-/Unterfunktion der Schilddrüse,*
   - *Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Hautkrebsvorsorge, gynäkologische Vorsorgeuntersuchung), die ohne krankhaften Befund blieben,*
   - *zahnärztliche Behandlungen.*

4. **Nehmen** oder **nahmen** Sie in den **letzten 5 Jahren Drogen** oder **Betäubungsmittel** (z. B. Cannabis, Heroin, Kokain)? ☐ ja ☐ nein

5. Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu?

   a) Ich wurde in den **letzten 10 Jahren stationär behandelt** oder mir wurde eine **stationäre Behandlung** in den **nächsten 12 Monaten** ärztlich oder therapeutisch empfohlen. ☐ ja ☐ nein
   (Nicht anzugeben sind folgenlos ausgeheilte Unfall-, Sportverletzungs- und Blinddarm-Operationen.)

   b) Ich wurde in den **letzten 10 Jahren** wegen des **Konsums** von **Drogen, Betäubungsmitteln** oder **Alkohol** ärztlich beraten oder behandelt (z. B. MPU). ☐ ja ☐ nein

   c) Bei mir wurde eine **Krebserkrankung** festgestellt. ☐ ja ☐ nein

   d) Bei mir wurde eine **HIV-Infektion** festgestellt. ☐ ja ☐ nein

   e) Ich habe einen **Suizidversuch** unternommen. ☐ ja ☐ nein

Sofern Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, bitten wir Sie, den gesamten Fragenblock C zu beantworten und die entsprechenden Details im Fragenblock E zu ergänzen.

6. Angabe zum Rauchverhalten bei Risikolebensversicherung und/oder Beitragsbefreiung BU (bitte die zutreffende Aussage ankreuzen):

☐ **Ich bin seit mindestens 10 Jahren Nichtraucher.**
Mindestens 10 Jahre Nichtraucher ist, wer in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung nicht aktiv geraucht hat und auch beabsichtigt, in Zukunft nicht zu rauchen.

☐ **Ich bin seit mindestens 1 Jahr Nichtraucher.**
Mindestens 1 Jahr Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung nicht aktiv geraucht hat und auch beabsichtigt, in Zukunft nicht zu rauchen.

☐ **Ich bin Raucher.**
Raucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung aktiv geraucht hat.

Rauchen meint zum einen das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen. Zum anderen fällt unter das Rauchen auch die Verwendung elektrischer Verdampfer und Erhitzer, wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen oder Tabakerhitzer (Heat-not-burn), die Verwendung von Wasserpfeifen (zum Beispiel Shisha) sowie das Konsumieren von Schnupf- und Oraltabak (zum Beispiel Snus).

Wichtige Erklärung zum Tabakkonsum der zu versichernden Person
Ich bin mir bewusst, dass unrichtige Angaben über das Rauchverhalten der zu versichernden Person eine Anzeigepflichtverletzung darstellen, die zum Verlust des Versicherungsschutzes führen kann.

Für die Risikolebensversicherung gilt:
Ändert die zu versichernde Person ihren Nichtraucherstatus nach Vertragsabschluss, verpflichte ich mich, diese Gefahrerhöhung unverzüglich der Allianz Lebensversicherungs-AG bzw. der Deutschen Lebensversicherungs-AG schriftlich mitzuteilen, damit die Versicherung auf den entsprechenden Rauchertarif mit dem dafür erforderlichen Beitrag umgestellt werden kann. Mir ist bewusst, dass es zur rückwirkenden Prämienerhöhung oder Reduzierung des vertraglich vereinbarten Garantiekapitals führen kann, wenn ich diese Mitteilungspflicht verletze. Im Übrigen ist mir bewusst, dass der Versicherer den Nichtraucherstatus der zu versichernden Person auch während der Vertragslaufzeit überprüfen kann.

GV---0319Z0 (18V) 0.07.26

PESVA02995

☐ C Gesundheitsfragen sofern mindestens eine der Fragen im Fragenblock B bejaht wurde oder bei Einschluss von Todesfallschutz ab 200.001 EUR Todesfallleistung (inkl. Vorversicherungen)

7. Waren Sie in den **letzten 3 Jahren** bei **Ärzten** oder **Therapeuten** (z. B. Heilpraktiker oder Physiotherapeuten) in Behandlung, Beratung oder Untersuchung wegen Krankheiten oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?

a) **Herz, Kreislauf** (z. B. Erkrankung der Herzkranzgefäße, ärztl. diagnostizierter Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenentzündung)?* ☐ ja ☐ nein

b) **Atmungsorgane** (z. B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma)?* ☐ ja ☐ nein

c) **Verdauungsorgane** (z. B. Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber)?* ☐ ja ☐ nein

d) **Harn-, Geschlechtsorgane** (z. B. Nieren, Blase, Unterleib, Brust, Geschlechtskrankheiten)?* ☐ ja ☐ nein

e) **Stoffwechsel** (z. B. Diabetes*, erhöhtes Cholesterin von mehr als 250 mg/dl bzw. 6,47 mmol/l, Schilddrüsenerkrankungen)?* ☐ ja ☐ nein

f) **Bluterkrankungen** (z. B. Bluter, Eisenmangelanämie)? ☐ ja ☐ nein

g) **Entzündliche Gelenks-, Bindegewebserkrankungen** (z. B. Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Bechterew)?* ☐ ja ☐ nein

h) **Infektionen** (z. B. COVID-19, Hepatitis, Tuberkulose)? ☐ ja ☐ nein

8. Waren Sie in den **letzten 5 Jahren** bei **Ärzten** oder **Therapeuten** (Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktikern) aufgrund der **Psyche** (z. B. Depression), des **Gehirns** (z. B. Migräne) oder des **Nervensystems** (z. B. Multiple Sklerose) in Behandlung, Beratung oder Untersuchung?* ☐ ja ☐ nein

* Falls ja, bitte entsprechenden Fragebogen beantworten.

Sofern Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, bitten wir Sie, die Details im Fragenblock E zu ergänzen.

☐ D Angaben zur Versicherungssituation

Hinweis: Maßgebend zur Ermittlung der Todesfallsumme ist die garantierte Leistung.

Angaben zur Versicherungssituation und Versicherungszweck

Besteht bei anderen Gesellschaften (weltweit) für Sie noch weiterer Versicherungsschutz für den Todesfall oder ist dieser beantragt? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: Welche Todesfallleistungen (inkl. Unfalltod) haben Sie bereits versichert oder beantragt?

Gesellschaft	Todesfallleistung in EUR	Versicherungszweck	bestehend	aktuell beantragt
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

Welche besonderen Gründe liegen für den beantragten Versicherungsschutz vor (Versicherungszweck)?

☐ Hinterbliebenenvorsorge/-schutz ☐ private Darlehens-/Kreditabsicherung ☐ geschäftliche Darlehens-/Kreditabsicherung

☐ Erbschaftssteuerabsicherung ☐ Keyman-/Schlüsselkraftabsicherung ☐ Firmenrückdeckungsversicherung

☐ sonstiges: _____

Bei Kreditabsicherung: Höhe des Darlehens: _____ EUR Laufzeit des Darlehens: _____ Jahre

Angaben zum Arbeitseinkommen ab 500.001 EUR Todesfallleistung (inkl. Vorversicherungen bei der Allianz und anderen Gesellschaften)

Wie hoch war Ihr **Bruttoarbeitseinkommen** der letzten 3 Jahre?
(Zum Bruttoarbeitseinkommen zählen Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit, selbstständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb. Einkommen aus Vermietung und Verpachtung werden bspw. nicht berücksichtigt.)

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

20 ____ : _____ EUR **20 ____ : _____ EUR** **20 ____ : _____ EUR**

Hinweis: Bei einer Todesfallleistung ab 1.000.001 EUR (inkl. Vorversicherungen) bitte Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre und geeignete Unterlagen zum Bedarfsnachweis beilegen (z. B. Darlehenszusage bei Kreditabsicherung).

☐ E Ergänzende Gesundheitsangaben

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen der Fragenblöcke B oder C bejaht haben, benötigen wir folgende Angaben (ggf. gesondertes Blatt verwenden).

Art, Verlauf, Folgen (z. B. Krankheit, Verletzung)? Ergebnis der Untersuchung?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte, Heilpraktiker, nichtärztliche Therapeuten, Krankenhäuser, Heilstätten, Kuranstalten mit Anschrift

☐ F Anlagen zu den Gesundheitsangaben

Die Angaben zu den Gesundheitsangaben sind vollständig, es folgen keine nachträglichen Angaben.
Wenn Sie zusätzliche Angaben machen wollen, bitte Zutreffendes ankreuzen:

☐ Anlagen liegen bei ☐ Anlagen werden nachgereicht

GV--0319Z0 (18V) 0.0726

PESVA02995

Erklärungen zur Datenverarbeitung:

I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie genetischen Daten[1] und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der ab 25.05.2018 wirksamen EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten sowie von genetischen Daten[1] durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten oder genetischen Daten[1] für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, Ihre Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pensionskasse AG bzw. Allianz Pensionsfonds AG, je nachdem an welchen Versicherer sich Ihre Erklärung richtet (im Folgenden „der Versicherer"), daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Der Versicherer darf für die Lebensversicherung, die Berufsunfähigkeitsversicherung, die Erwerbsunfähigkeitsversicherung und die Pflegerentenversicherung die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden, wenn eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart wird.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten oder genetischen Daten[1] 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, Ihre Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pensionskasse AG bzw. Allianz Pensionsfonds AG, je nachdem an welchen Versicherer sich Ihre Erklärung richtet (im Folgenden „der Versicherer") als Unternehmen der Lebensversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten, genetischen Daten[1] oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z. B. Assistance-, Logistik- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

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

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Soweit die Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten auf der Grundlage einer ausdrücklichen Einwilligung erfolgt, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ist Ihre Einwilligung zur Durchführung des Vertrages erforderlich, wird ein Widerruf dazu führen, dass die Leistung nicht mehr erbracht werden kann.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten, genetischen Daten[1] und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten

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

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] durch den Versicherer

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

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten oder genetischen Daten[1] verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich und bei genetischen Daten[1] deren Verwendung rechtmäßig ist. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten, genetische Daten[1] oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

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

Bitte ein Feld auswählen

Möglichkeit I:

☐ **Ich willige ein,** dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten sowie – sofern im oben beschriebenen Umfang zulässig – meine genetischen Daten[1] bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten sowie genetischen Daten[1] aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten, genetischen Daten[1] sowie gegebenenfalls weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

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

Möglichkeit II:

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

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten oder genetischen Daten[1] durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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

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

[1] 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.

GV--0319Z0 (18V) 0.0726
PESVA02995

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, Gesundheitsdaten und genetische Daten[1] zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung sowie einer Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

Möglichkeit I:

☐ Für den Fall meines Todes **willige ich** in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten oder genetischen Daten[1] bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung **ein** wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

Möglichkeit II:

☐ Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten oder genetische Daten[1] erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten, genetischen Daten[1] und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten, genetischen Daten[1] und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und rechtmäßig erhobenen genetischen Daten[1] an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten, genetischen Daten[1] und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten oder genetischen Daten[1] kommen kann, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe oder einer anderen Stelle außerhalb der Allianz Deutschland Gruppe übertragen. Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten und/oder Gesundheitsdaten sowie genetische Daten[1] 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/ eingesehen oder bei uns (Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin, Telefon 0800 4 100 104, lebensversicherung@allianz.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten sowie genetische Daten[1] an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Allianz Deutschland Gruppe und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten, genetischen Daten[1] und anderer von der Schweigepflicht geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherer

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

Darüber hinaus ist es im Einzelfall möglich, dass uns der Rückversicherer aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung unterstützt.

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

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

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

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten oder genetischen Daten[1] an Rückversicherer werden wir Sie unterrichten.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten sowie die rechtmäßig erhobenen genetischen Daten[1] – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten, genetischen Daten[1] und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit und keine genetischen Daten[1] an selbstständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder von der Schweigepflicht geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Einbeziehung von Gutachtern, Annahme mit Risikozuschlägen, Ausschlüsse bestimmter Risiken oder Wartezeiten) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

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

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

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

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] – 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.

[1] 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.

GV--0319Z0 (18V) 0.0726
PESVA02995

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

1. Wirtschaftsauskunft (in Einzelfällen bei einer beantragten Leistung von mehr als 500.000 Euro oder einer Jahresrente von mehr als 36.000 Euro)

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

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

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

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

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

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, die Allianz Pensionskasse AG bzw. die Allianz Pensionsfonds AG, je nachdem mit welchem Unternehmen der Vertrag geschlossen wird, die Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

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

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

Beantragen Sie Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen gemachten Angaben und ggf. ergänzende Angaben Dritter, um das von uns zu übernehmende Risiko einschätzen zu können. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir Ihre Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Prüfung des fristgerechten Forderungsausgleichs. Kommt der Vertrag nicht zustande, speichern wir Ihre Daten, einschließlich Gesundheitsdaten und ggf. vorliegenden genetischen Daten[1], drei volle Kalenderjahre für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um den Eintritt und den Umfang des Versicherungsfalles sowie ggf. den Eintritt und die Abwicklung von Regressforderungen prüfen zu können. Die Daten nutzen wir weiterhin für eine Betrachtung und Pflege der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise für die Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder für umfassende Auskunftserteilungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Daten zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben, zur Geschäftssteuerung oder zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife und Produkte sowie zu deren Kalkulation.

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

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt für vorvertragliche Maßnahmen und zur Erfüllung Ihres Vertrages. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie Gesundheitsdaten oder genetische Daten[1], 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 berechtigte 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 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 auf unserer Internetseite unter www.allianz.de/dienstleister-leben/ 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.

[1] 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.

GV--0319Z0 (18V) 0.07.26
PESVA02995

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

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

Daneben haben Sie die Möglichkeit, sich an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Behörde ist:
Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg in Stuttgart.

Datenaustausch mit den von Ihnen im Antrag benannten Versicherern
Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des 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 abrufen oder bei uns anfordern.

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

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

Dabei ist das Ergebnis der Risikoprüfung auf das jeweilige Produkt abgestimmt mit folgenden Prüfungsergebnissen:
- ohne Erschwernis oder
- mit Risikozuschlag und/oder
- mit Leistungsausschluss oder
- nicht versicherbar oder
- Prüfung im Innendienst.

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

Unterschriften (Bitte mit Name und Vorname.)

Ort/Datum	Zu versichernde Person/Versorgungsberechtigter

Empfangsbestätigung

Ich habe vor Unterzeichnung dieser Erklärung die „Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz" erhalten.

Ort, Datum	Zu versichernde Person/Versorgungsberechtigter

GV--0319Z0 (18V) 0.07.26

PESVA02995