

Fragen und Angaben zu gefährlicher Umständen

der zu versichernden Person für eine Risikolebensversicherung
oder Hinterbliebenenvorsorge mit oder ohne Beitragsbefreiung BU

Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats der
Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft: Dr. Klaus-Peter Röhler.
Vorstand: Dr. Markus Faulhaber, Vorsitzender;
Burkhard Keese, Joachim Müller, Dr. Alf Neumann, Dr. Volker Priebe,
Dr. Thomas Wiesemann, Dr. Andreas Wimmer.

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

Hauptverwaltung:
Reinsburgstraße 19,
70178 Stuttgart

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

Deutsche Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats der
Deutsche Lebensversicherungs-AG: Dr. Volker Priebe.
Vorstand: Dr. Klaus Dauner, Dr. Thomas Neugebauer.

Für Umsatzsteuerzwecke: USt-IdNr. DE811150848;
Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei i.S.
des UStG und der MwStSystemRL

An den Treptowers 3,
12435 Berlin

Sitz der Gesellschaft: Berlin,
Registergericht: Berlin-Charlottenburg,
HRB 33773

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.

Fragen und Angaben zu gefahrerheblichen Umständen

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 oder ohne Beitragsbefreiung BU mit Risikoprüfung (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.

Für die PflegePolice Flexi, PflegeRente Invest ist das Druckstück E----0108Z0 zu verwenden.

Falls eine Berufsunfähigkeits-/ Erwerbsunfähigkeitsrente eingeschlossen werden soll, ist das Druckstück E----0109Z0 zu verwenden.

Angaben zur Versicherung

Versicherungsnummer (bei Änderungsantrag) Tag Monat Jahr

Dieses Formular ist fester Bestandteil des Antrages zur Lebens-/Rentenversicherung vom

Antragsteller (VN) Geb.-Dat.

Zu versichernde Person Geb.-Dat.

Angaben der zu versichernden Person

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? | <input type="checkbox"/> Angestellte/Arbeiter | <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/Angestellte des Öffentlichen Dienstes | <input type="checkbox"/> Beamte |
| | <input type="checkbox"/> Selbstständige | <input type="checkbox"/> Gesellschafter-Geschäftsführer (GGF) | <input type="checkbox"/> Freiberufler |
| | <input type="checkbox"/> Vorstände (Kapitalgesellschaft) | <input type="checkbox"/> Leitende Angestellte gemäß BetrVG (Prokura) | |
| | <input type="checkbox"/> Studenten | <input type="checkbox"/> Auszubildende | <input type="checkbox"/> Schüler |
| | <input type="checkbox"/> Praktikanten | <input type="checkbox"/> Freiwilliger Wehr-/Bundesfreiwilligendienst/Freiwilliges soziales Jahr | |
| | <input type="checkbox"/> Geringfügig Beschäftigte | <input type="checkbox"/> Gefördertes Arbeitsverhältnis (z. B. 1-EUR-Stelle) | <input type="checkbox"/> Arbeitssuchende |
| | <input type="checkbox"/> in Elternzeit | | |

Bei Studenten/Hochschulabsolventen: Studienfach:

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 Berufsausbildung (z. B. Meister, Techniker, Fachwirt)

Schulabschluss Hochschulabschluss (z. B. Universität, Hochschule, duales Studium)

abgeschlossene Berufsausbildung

Falls Hochschulabschluss: a) Haben Sie Ihre akademische Ausbildung in den letzten 24 Monaten abgeschlossen? ja nein

b) Befinden Sie sich in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis (auch Probezeit)? ja nein

c) Sind Sie zur Zeit Doktorand, Promotions- oder Doktoratsstudent? ja nein

Sind Sie Berufsanfänger? ja nein (Berufsanfänger sind Sie, sofern Sie in den letzten 3 Jahren nicht mindestens 24 Monate in ihrem aktuell ausgeübten Beruf tätig waren.)

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 Aktivitäten mit einem höheren Verletzungsrisiko aus als bei Breitensportarten üblich (z. B. Motorradfahren, Wintersport, Klettern/Bergsport, Tauchen, Reiten, Motorsport, Fliegen)? ja nein

Falls ja: Welche?

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: Telefax:

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 E----0109Z0.

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

Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand:

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**?
Darunter fallen alle Arten von verschreibungspflichtigen Medikamenten, unabhängig von der Darreichungsform (z. B. Tabletten, Spritzen); nicht gemeint sind Verhütungsmittel. ja nein
Falls ja: Welche? _____

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 5 Jahre:

3. Waren Sie in der gleichen Angelegenheit mindestens 4mal 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 zu berücksichtigen sind:
– Atemwegsallergien (z. B. Heuschnupfen) ohne Asthma,
– Erkältungskrankheiten, die folgenlos ausheilen (z. B. Erkältungsschnupfen, Halsentzündung, Nasennebenhöhlenentzündung, Kehlkopf- oder Luftröhrenentzündung, grippaler Infekt),
– Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, die folgenlos ausheilen,
– Nahrungsmittelunverträglichkeiten,
– Operationen ohne Komplikationen und Folgen an Blinddarm, Mandeln oder Nasenscheidewand,
– Pilzkrankungen (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.

Hinweis: Sofern Sie eine oder mehrere der Fragen 1.–3. bejaht haben oder bei Einschluss von Todesfallschutz ab 200.001 EUR Todesfallleistung, bitte den gesamten Fragenblock C beantworten.

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 10 Jahre:

4. Waren Sie in stationärer Behandlung oder wurde Ihnen ein stationärer Klinikaufenthalt in den **nächsten 12 Monaten** ärztlich empfohlen? ja nein

Ergänzende Gesundheitsfragen:

5. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?
- a) Ich wurde in den **letzten 10 Jahren wegen Alkoholgenuss** ärztlich beraten oder behandelt. ja nein
- b) Ich wurde in den **letzten 10 Jahren wegen des Konsums von Drogen oder Betäubungsmitteln** ärztlich beraten oder behandelt. 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, die Details im Fragenblock E zu ergänzen.

Zusätzliche Frage nur bei Risikolebensversicherung:

6. **Sind Sie Nichtraucher?** ja nein
Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung aktiv nicht geraucht hat und auch beabsichtigt, in Zukunft nicht zu rauchen. Rauchen meint dabei 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, wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen sowie die Verwendung von Wasserpfeifen (zum Beispiel Shisha).

Nur bei Risikolebensversicherung, wenn zum Tabakkonsum Nichtraucher angegeben wurde:

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. Ändert die zu versichernde Person ihren Nichtraucherstatus nach Vertragsabschluss, verpflichte ich mich, diese Gefährderrhöhung 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 Prämienenerhöhung 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.

C Gesundheitsfragen bei Einschluss von Todesfallschutz ab 200.001 EUR Todesfallleistung (inkl. Vorversicherungen) oder bei Einschluss einer Pflegevorsorge

7. Waren Sie in den **letzten 5 Jahren** bei Ärzten oder Therapeuten (z. B. Heilpraktiker, Physiotherapeuten oder Psychotherapeuten) 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)?* 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)? ja nein
- g) **Psyche, Gehirn, Nervensystem** (z. B. Depressionen, Bulimie, Multiple Sklerose, Migräne)?* ja nein
- h) **Entzündliche Gelenks-, Bindegewebserkrankungen** (z. B. Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Bechterew)?* ja nein
- i) **Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten** (z. B. Tuberkulose, Malaria)? 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.

(04V) 2.12.17

E----0122Z0

PESVA02993

D Angaben zur Versicherungssituation ab 400.001 EUR Todesfallleistung (inkl. Vorversicherungen)

Hinweis: Maßgebend zur Ermittlung der Todesfallsumme ist die Gesamtleistung, ggf. inkl. Bonus (bei Allianz Leben gilt die garantierte Leistung).

Angaben zur Versicherungssituation und Versicherungszweck

Besteht bei anderen Gesellschaften 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

Hinweis: Bitte geeignete Unterlagen zum Bedarfsnachweis beilegen (z. B. Darlehenszusage bei Kreditabsicherung).

Angaben zum Arbeitseinkommen

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 **Arbeitseinkommen bis 60.000 EUR brutto** jährlich darf die **Gesamtabsicherung** für den Fall der Berufsunfähigkeit oder Invalidität einschließlich dem neu beantragten Versicherungsschutz aus Berufsunfähigkeits- oder sonstigen Invaliditätsversicherungen **70 %** des durchschnittlichen jährlichen Bruttoarbeitseinkommen der letzten 3 Jahre nicht übersteigen.
Bei Hinterbliebenenvorsorge ab 1.000.001 EUR Todesfallleistung (inkl. Vorversicherungen) bitte Einkommensnachweis beilegen.

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

E----0122Z0 (04V) 2.12.17

PESVA02993

Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, Ihre Allianz Lebensversicherungs-AG bzw. Ihre Deutsche Lebensversicherungs-AG, je nachdem an welchen Versicherer sich Ihre Erklärung richtet (im Folgenden „der Versicherer“), daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Unsere Mitarbeiter unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (im Folgenden „Schweigepflicht“). Darum benötigen wir als Unternehmen der Lebensversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z. B. Assistance-, Logistik- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

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.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten 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 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.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten 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 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 ist. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten 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.

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten 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 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 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 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 vorzüglich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben 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 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 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 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 und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten 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 kommen kann, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe oder einer anderen Stelle außerhalb der Allianz Deutschland Gruppe übertragen. Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten und/oder Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung unmittelbar angefügt¹⁾. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.allianz.de/datenschutz eingesehen oder bei uns (Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin, Telefon 0800 4 100 104, lebensversicherung@allianz.de oder Deutsche Lebensversicherungs-AG, An den Treptowers 3, 12435 Berlin, lebensversicherung@allianz.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

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

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.

(04V) 2.12.17

E---012220

PESVA02993

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

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

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

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

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

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

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

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

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

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

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

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und 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 wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen.

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

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

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

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

Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, AllSecur Deutschland AG und Deutsche Lebensversicherungs-AG.

Allianz Konzerngesellschaften (mit * gekennzeichnet) und Dienstleister, die im Auftrag des Versicherers personenbezogene Daten verwenden, die von der Schweigepflicht geschützt sind und/oder Gesundheitsdaten erheben, verarbeiten oder nutzen:

- Allianz Deutschland AG * (Versicherungsbetrieb mit Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung)
- Allianz Managed Operations & Services SE * (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe)
- AGA Service Deutschland GmbH * (Assistancedienstleistungen)
- rehacare GmbH *, Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Reha-Dienstleistungen)
- VLS Versicherungslogistik GmbH * (Posteingangsbearbeitung)
- KVM ServicePlus - Kunden- und Vertriebsmanagement GmbH * (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- IBM Deutschland GmbH (IT-Wartung)
- Pro Claims Solutions GmbH (Unterstützung bei der Leistungsfallbearbeitung)
- IMB Consult GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- Versorgungswerk der Presse GmbH (Versicherungsbetrieb ohne Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung für über das Versorgungswerk der Presse versicherbare Personen)
- Versorgungsverband bundes- und landesgeförderter Unternehmen e.V. als Vertragspartner des Gruppenversicherungsvertrages (Beratung und Betreuung der Mitgliedsunternehmen und deren Mitarbeiter im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung)
- Rechtsanwälte Wagner Pauls Kalb (Einzug von Forderungen aus Regressen)
- Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
- Entsorgungsunternehmen (datenschutzgerechte Vernichtung von Papierunterlagen)

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlichen relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. So können Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z. B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von den Unternehmen der Allianz Deutschland Gruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.

Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden sie per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an Ihren Versicherer, die

- Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin, Telefon 08 00 4 10 01 04 oder lebensversicherung@allianz.de oder die
- Deutsche Lebensversicherungs-AG, An den Treptowers 3, 12435 Berlin, Telefon 0 30 53 89 36 47 10 oder lebensversicherung@allianz.de

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 die Einwilligung zur Durchführung des Vertrages erforderlich, ist ein Widerruf nach den Grundsätzen von Treu und Glauben ausgeschlossen oder führt dazu, dass die Leistung nicht erbracht werden kann. Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie bei Ihrem Versicherer geltend machen, bei der

- Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin oder der
- Deutsche Lebensversicherungs-AG, An den Treptowers 3, 12435 Berlin.

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Allianz Deutschland Gruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

Unterschriften (Bitte mit Name und Vorname.)

Ort/Datum

Antragsteller (Versicherungsnehmer)/gesetzlicher Vertreter
(nicht notwendig für jur. Person)

Zu versichernde Person/gesetzlicher Vertreter

Empfangsbestätigung

Ich habe vor der Antragstellung die „Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“ erhalten.

Ort, Datum

Antragsteller (Versicherungsnehmer)/gesetzlicher Vertreter
(nicht notwendig für jur. Person)

Zu versichernde Person/gesetzlicher Vertreter

Bedingungen

Diese Bedingungen wenden sich an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner.

Leistungsbausteine

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

Vorläufiger Versicherungsschutz

Hier finden Sie die Regelungen für den vorläufigen Versicherungsschutz.

1. Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

- 1.1 Welche Leistungen erbringen wir bei Tod infolge eines Unfalls, wenn Sie Leistungen für den Todesfall beantragt haben?
- 1.2 Welche Leistungen erbringen wir bei Tod, wenn Sie eine Risiko-Lebensversicherung beantragt haben?
- 1.3 Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsvorsorge beantragt haben?
- 1.4 Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie eine KörperSchutz-Police beantragt haben?

- 1.1 Welche Leistungen erbringen wir bei Tod infolge eines Unfalls, wenn Sie Leistungen für den Todesfall beantragt haben?

(1) Vorläufiger Versicherungsschutz bei Tod infolge eines Unfalls

Wenn die versicherte Person infolge eines Unfalls stirbt, besteht vorläufiger Versicherungsschutz, wenn der Unfall

- während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist und
- innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltag zum Tod der versicherten Person führt.

(2) Zahlung der für den Todesfall beantragten Leistungen

Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir die für den Todesfall beantragten Leistungen. Bei Versicherungen für mehrere Partner (Partnerversicherungen) zahlen wir die für den Todesfall beantragten Leistungen nur einmal.

a) Höchstgrenze beim Garantiekapital bei Tod

Wenn Sie ein Garantiekapital bei Tod beantragt haben, betragen die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz jedoch höchstens 100.000 EUR, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben. Bei Versicherungen für mehrere Partner (Partnerversicherungen) zahlen wir die für den Todesfall beantragten Leistungen nur einmal, höchstens jedoch 100.000 EUR, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben.

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

b) Höchstgrenze bei Rentenleistungen

Wenn Sie einen Baustein „Hinterbliebenenrente“, „Waisenrente“ oder „Kinderrente“ beantragt haben, zahlen wir jeweils die beantragte Rente. Zusammen betragen die Renten jedoch höchstens 3.000 EUR jährlich, auch wenn Sie höhere Renten beantragt haben. Übersteigen alle zu zahlenden Renten zusammen die Höchstrente, so werden die Anteile gleichmäßig gekürzt.

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

- 1.2 Welche Leistungen erbringen wir bei Tod, wenn Sie eine Risiko-Lebensversicherung beantragt haben?

(1) Vorläufiger Versicherungsschutz bei Tod

Wenn Sie eine RisikoLebensversicherung beantragt haben, besteht vorläufiger Versicherungsschutz abweichend von Ziffer 1.1 für den Tod der versicherten Person, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist.

(2) Zahlung der für den Todesfall beantragten Leistungen

Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir die für den Todesfall beantragten Leistungen. Bei Versicherungen für mehrere Partner (Partnerversicherungen) zahlen wir die für den Todesfall beantragten Leistungen nur einmal.

Wenn Sie ein Garantiekapital bei Tod beantragt haben, betragen die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz jedoch höchstens 100.000 EUR, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben.

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

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

(1) Vorläufiger Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit infolge eines Unfalls

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

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

Wenn

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

Es besteht kein vorläufiger Versicherungsschutz

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

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

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

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

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

Höchstgrenze der Leistungen bei Berufsunfähigkeit

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

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

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

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

- 1.4 Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie eine KörperSchutz-Police beantragt haben?

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

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

Wenn

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

werden die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz auf die Leistungen bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten aus Ihrer beantragten Versicherung angerechnet.

Falls Sie einen ergänzenden Baustein Pflegezusatzrente beantragt haben, besteht kein vorläufiger Versicherungsschutz aus diesem Baustein bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person. Wenn bei der versicherten Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten infolge eines Unfalls eintritt, besteht während der gesamten Dauer der Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten kein Versicherungsschutz aus dem Baustein Pflegezusatzrente. Wenn die Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten zu einem späteren Zeitpunkt wegfällt, lebt der Versicherungsschutz aus dem Baustein Pflegezusatzrente wieder auf. Voraussetzung dafür ist, dass wir Ihren Antrag auf den Baustein Pflegezusatzrente nicht abgelehnt haben.

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

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

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

a) Höchstgrenze der Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

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

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

b) Höchstgrenze des Kapitals bei Eintritt einer schweren Krankheit

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

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

2. Definition Unfall

Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

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

3. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

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

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

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

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

4. Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

- Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass
- der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
 - Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
 - Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarife und Versicherungsbedingungen bewegt;
 - wenn Sie eine RisikoLebensversicherung beantragt haben, die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 15. Lebensjahr schon und das 75. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;
 - wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsvorsorge oder eine KörperSchutzPolice beantragt haben, die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 15. Lebensjahr schon und das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;
 - frühere Anträge für dieselbe versicherte Person von uns nicht abgelehnt, nicht zurückgestellt wurden oder nicht zu erschwerten Bedingungen zu Stande gekommen wären;
 - frühere Verträge von uns nicht wegen Nichtzahlung oder Zahlungsrückständen gekündigt wurden;
 - wir bei früheren Verträgen für dieselbe versicherte Person keinen Rücktritt bzw. keine Anfechtung erklärt haben;
 - es sich nicht um eine VermögensPolice Klassik, VermögensPolice Index-Select bzw. VermögensPolice Invest handelt.

5. Beginn und Ende des vorläufigen Versicherungsschutzes

Inhalt dieses Abschnitts:

5.1 Wann beginnt der vorläufige Versicherungsschutz?

5.2 Wann endet der vorläufige Versicherungsschutz?

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

5.4 Was folgt bei Vertragsabschluss mit einem anderen Versicherer?

5.1 Wann beginnt der vorläufige Versicherungsschutz?

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

5.2 Wann endet der vorläufige Versicherungsschutz?

Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

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

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

Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungs-

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

5.4 Was folgt bei Vertragsabschluss mit einem anderen Versicherer?

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

6. Kosten des vorläufigen Versicherungsschutzes

Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Der vorläufige Versicherungsschutz ist kostenlos.

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

Inhalt dieses Abschnitts:

7.1 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung?

7.2 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

7.1 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung?

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

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

7.2 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

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

8. Vermeidung von Rechtsnachteilen nach dem Unfalltod

Was ist zur Vermeidung von Rechtsnachteilen nach dem Unfalltod der versicherten Person zu beachten?

(1) Unverzügliche Mitteilung

Der Unfalltod der versicherten Person ist uns unverzüglich – möglichst innerhalb von 48 Stunden – mitzuteilen.

(2) Weitere Nachweise und Auskünfte

Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen.

(3) Recht auf Besichtigung oder Obduktion

Uns ist das Recht zu verschaffen, ggf. eine Besichtigung oder eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen. Wird die Zustimmung zur Obduktion verweigert, sind wir von unserer Leistungspflicht befreit, es sei denn, dieses Verhalten ist ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht.

(4) Verletzung der Mitteilungspflicht

Wenn vorsätzlich oder fahrlässig die Mitteilungspflicht nach Absatz 1 und 2 verletzt wird, so sind wir von unserer Leistungspflicht befreit. Bei grob fahrlässigem Verhalten sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitteilungs- und Aufklärungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde. Wir bleiben jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als die Pflichtverletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

(5) Hinweis auf Rechtsfolge

Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz

Wir gewähren Ihnen Versicherungsschutz

- wenn Sie Leistungen für den Todesfall beantragt haben, für den Tod der versicherten Person infolge eines Unfalls,
 - wenn Sie eine RisikoLebensversicherung beantragt haben, für den Tod der versicherten Person unabhängig von der Todesursache,
 - wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsvorsorge beantragt haben, für die Berufsunfähigkeit der versicherten Person infolge eines Unfalls oder
 - wenn Sie eine KörperSchutzPolice beantragt haben, für die Beeinträchtigung von körperlichen und geistigen Fähigkeiten und Eintritt einer schweren Krankheit bei der versicherten Person infolge eines Unfalls
- nach diesen „Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz“ und den Versicherungsbedingungen der beantragten Versicherung.

Allianz Lebensversicherungs-AG

 

Deutsche Lebensversicherungs-AG

 