

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.

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

Angaben zur Versicherung

Antrags- oder Versicherungsnummer (falls bekannt) 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? Angestellte/Arbeiter Arbeitnehmer/Angestellte des Öffentlichen Dienstes
 Beamte
 Welchen Beamtenstatus haben Sie? auf Widerruf/Referendare auf Probe auf Lebenszeit
 Selbstständige Gesellschafter-Geschäftsführer (GGF) Freiberufler
 Vorstände (Kapitalgesellschaft) Leitende Angestellte gemäß BetrVG (Prokura)
 Studenten Auszubildende Schüler
 Praktikanten Freiwilliger Wehr-/Bundesfreiwilligendienst/Freiwilliges soziales Jahr
 Geringfügig Beschäftigte Gefördertes Arbeitsverhältnis (z. B. 1-EUR-Stelle) Arbeitssuchende
 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 Berufsbildung (z. B. Meister, Techniker, Fachwirt)

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

abgeschlossene Berufsausbildung

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

E----0122Z0 (10V) 0.12.21

PESVA02993

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: _____ E-Mail: _____

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

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 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 Prämienerrhöhung 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 sofern mindestens eine der Fragen 1.–3. im Fragenblock B bejaht wurde oder 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, 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) **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) **Infektionen** (z. B. COVID-19, Hepatitis, Tuberkulose)? 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 ab 500.001 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? aktuell

Gesellschaft	Todesfallleistung in EUR	Versicherungszweck	bestehend	beantragt
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

E----0122Z0 (10V) 0.12.21

PESVA02993