

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 Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Hinterbliebenenvorsorge 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 und die PflegeRente ist das Druckstück E----0108Z0 zu verwenden.

Für die Risikolebensversicherung oder Hinterbliebenenvorsorge ohne Berufsunfähigkeitsrente ist das Druckstück E----0122Z0 zu verwenden.

Angaben zur Versicherung

Antrags- oder Versicherungsnummer (falls bekannt) nicht bekannt | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tag | Monat | Jahr

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

Antragsteller (VN) Anonym Geb.-Dat. | | | | | |

Zu versichernde Person Anonym 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 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

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

B Gesundheitsfragen bei Einschluss von Beitragsbefreiung bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente zur Beitragsversicherung (Beitragsversicherung für Riester) mit Jahreszahlbeitrag bis einschließlich 3.000 EUR

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 5 Jahre:

1. Waren Sie aus gesundheitlichen Gründen **mehr als 14 Kalendertage** durchgehend nicht in der Lage, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben? ja nein
2. Waren Sie wegen Beschwerden oder Krankheiten des **Rückens**, des **Bewegungsapparates**, der **Psyche**, des **Herzens** oder des **Kreislaufs** in Beratung, Behandlung oder Untersuchung bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten, Psychologen oder sonstigen nicht-ärztlichen Therapeuten? ja nein

Haben Sie **eine oder mehrere Fragen mit ja beantwortet** oder ist der Jahreszahlbeitrag für die gesamte beantragte Versicherung höher als **3.000 EUR**, beantworten Sie bitte die **gesamten Fragenblöcke C und D**.

C Gesundheitsfragen bei Einschluss von Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, ggf. auch mit optionalem Einschluss von Hinterbliebenenvorsorge oder bei Einschluss von Beitragsbefreiung bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit mit Jahreszahlbeitrag größer 3.000 EUR

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

Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand:

- 1) Haben Sie eine oder mehrere der folgenden **Erkrankungen**? ja nein
- Allergie (z. B. Heuschnupfen)
 - Erkrankung der Haut (z. B. Neurodermitis)
 - Erkrankung der Augen (z. B. grauer oder grüner Star, Fehlsichtigkeit ab 8 Dioptrien)
 - Erkrankung der Ohren (z. B. Hörstörung, Tinnitus)

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 3 Jahre:

- 2) Waren Sie bei **Ärzten** oder **Therapeuten** (Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Heilpraktikern) in Behandlung, Untersuchung oder Beratung wegen Erkrankungen in den folgenden Bereichen?
Nicht zu berücksichtigen sind: Arztbesuche wegen akuter Erkältungskrankheiten, akuter Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, zahnärztliche Behandlungen, Schwangerschaft/Geburt.
- a) **Sinnesorgane*** (z. B. Netzhautablösung, Sehnerv-Entzündung, Hörsturz) ja nein
- b) **Allergien*** (z. B. allergisches Asthma, Nahrungsmittelallergien, Kontaktallergien) ja nein
- c) **Blut** (z. B. Bluter, Gerinnungsstörung) ja nein
- d) **Herz, Kreislauf** (z. B. Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenentzündung) ja nein
- e) **Atmungsorgane*** (z. B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma) ja nein
- f) **Verdauungsorgane*** (z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Bauchspeicheldrüsenentzündung) ja nein
- g) **Harn-, Geschlechtsorgane** (z. B. Nierenzysten, Unterleibs- und Brusterkrankung) ja nein
- h) **Haut*** (z. B. Ekzeme, Hautkrebs) ja nein
- i) **Infektionen** (z. B. COVID-19, Hepatitis, Tuberkulose) ja nein
- j) **Bewegungsapparat*** (z. B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskus-/Bänderverletzung, Rheuma) ja nein
- k) **Stoffwechsel*** (z. B. Diabetes, erhöhtes Cholesterin von mehr als 250mg/dl, Schilddrüsenerkrankungen) ja nein

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 5 Jahre:

- 3) Waren Sie 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
- 4) **Wurden** Ihnen **Medikamente verordnet**, die über einen Zeitraum von mehr als 4 Wochen eingenommen oder angewandt wurden? ja nein
Darunter fallen alle Arten von verschreibungspflichtigen Medikamenten, unabhängig von der Darreichungsform (z. B. Tabletten, Spritzen, Salben); nicht gemeint sind Verhütungsmittel und Schilddrüsenhormonpräparate.
- 5) Sind oder waren Sie länger als **drei Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig**? ja nein

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 10 Jahre:

- 6) Wurden Sie **operiert** oder ist eine **Operation** in den **nächsten 12 Monaten geplant**? ja nein
- 7) Waren Sie in einer **Klinik** (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein **Klinikaufenthalt** in den **nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen**? ja nein
Hinweis zu Frage 6 und 7. Nicht zu berücksichtigen sind: Operationen ohne Komplikationen und Folgen am Blinddarm, den Mandeln oder der Nasenscheidewand, Maßnahmen in der Reproduktionsmedizin, unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, zahnärztliche Behandlungen, Schwangerschaft/Geburt.
- 8) Wurden Sie wegen **Alkoholgenuß** ärztlich **beraten oder behandelt**? ja nein
- 9) Wurden Sie wegen des **Konsums von Drogen oder Betäubungsmitteln** ärztlich **beraten oder behandelt**? ja nein

Ergänzende Gesundheitsfragen:

- 10) **Welche** der folgenden **Aussagen trifft** auf Sie zu?
- a) Ich beziehe eine **Rente wegen Unfall oder Erkrankung****. ja nein
- b) Ich habe eine **anerkannte Behinderung (GdB)**, **Berufskrankheit** oder einen **Grad der Schädigungsfolgen (GdS)****. ja nein
- c) Ich habe eine **angeborene Erkrankung**. ja nein
- d) Bei mir wurde eine **Krebserkrankung** festgestellt. ja nein
- e) Bei mir wurde eine **HIV-Infektion** festgestellt. ja nein

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

* Falls ja, bitte entsprechenden Fragebogen beantworten.

** Bitte Bescheid/Rentenbescheid/Versorgungsamtsbescheid in Kopie beifügen (kein Ausweis).

Angabe zum Rauchverhalten (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 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.

D Angaben zur Versicherungssituation (immer zu beantworten, wenn Block C beantwortet wurde)

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

Angaben zur Versicherungssituation bei Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente

Bestehen bei Allianz oder anderen Versicherern Berufsunfähigkeits- oder sonstige Invaliditätsversicherungen* (wie Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen) oder sind derzeit solche beantragt? ja nein

* Gemeint sind auch: Verträge bei anderen Versicherern, die nach Annahme bei Allianz Leben gekündigt werden. Betriebliche Altersversorgungen (Rückdeckungs-, Direktversicherung, Versorgungs-, Pensions-, U-Kasse), Private Vorsorge mit nachgelagerter Versteuerung (z. B. Basisrente), Erwerbsunfähigkeitsabsicherungen und Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken (z. B. für Ärzte, Rechtsanwälte).

Tarifart	monatliche Rentenhöhe	bestehend	aktuell beantragt	wird gekündigt*
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Ich kündige nach Vertragsannahme durch Allianz Leben meine bestehende Berufsunfähigkeits- oder sonstige Invaliditätsversicherung und reiche die Bestätigung der Kündigung innerhalb von 1 Monat nach Zugang der Police ein. Ich werde auch danach keine Wiederinkraftsetzung der gekündigten Versicherung beantragen. Über die Nachteile der Kündigung wurde ich informiert.

Angaben zum Arbeitseinkommen bei Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente ab jährlich 24.001 EUR oder bei Hinterbliebenenvorsorge ab 500.001 EUR Todesfalleistung (jeweils inkl. Vorversicherungen)

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.

Angaben zur Versicherungssituation und Versicherungszweck bei Einschluss einer Hinterbliebenenvorsorge ab 500.001 EUR Todesfalleistung (inkl. Vorversicherungen)

Besteht bei anderen Gesellschaften für Sie noch weiterer Versicherungsschutz für den Todesfall oder ist dieser beantragt? ja nein
Falls ja: Welche Todesfalleistungen (inkl. Unfalltod) haben Sie bereits versichert oder beantragt?

Gesellschaft	Todesfalleistung in EUR	Versicherungszweck	bestehend	aktuell 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

Hinweis: Bei einer Todesfalleistung 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----0109ZO (48V) 0.12.21

PESVA02356