Allianz

# ERGÄNZENDE GESUNDHEITSANGABEN

## der zu versichernden Person für Tarife mit einer Berufsunfähigkeits- oder Dienstunfähigkeitsrente nach vorheriger Beantragung eines Beamtenanwärter- oder Beihilfetarifs oder einer Heilkosten-vollversicherung bei der APKV

**Anwendbar für Risikovoranfrage/Antragstellung bis zu 90 Tage nach Beantragung eines Beamtenanwärter- oder Beihilfetarifs oder einer Heilkostenvollversicherung bei der APKV**

EV--422520 (04V) 0.12.23

**Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung Lebensversicherung Risikovoranfrage**

Zur Bearbeitung Ihrer Risikovoranfrage muss die Allianz Lebensversicherungs-AG (im Folgenden „Versicherer“ auch Gesundheitsdaten oder andere besonders schutzwürdige Daten verarbeiten. In den nachfolgend genannten Fällen benötigt der Versicherer dazu Ihre Einwilligung.

Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um der Schweigepflicht unterliegende Informationen an einbezogene Dritte, z. B. Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen. Der Schweigepflicht unterliegen insbesondere Ihre Gesundheitsdaten.

**1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch den Versicherer**

Zur Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten bei der Risikoprüfung benötigt der Versicherer Ihre Einwilligungserklärung. In der Risikoprüfung kann der Versicherer auch automatisierte Verfahren zur Einschätzung individueller Risiken nutzen. Dadurch kann zügig und kostengünstig entschieden werden, ob und zu welchen Bedingungen Versicherungsschutz geboten werden kann.

Der Versicherer speichert Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Daten, solange dies zur Abwicklung der Risikovoranfrage erforderlich ist, insbesondere solange ein ausgesprochenes Angebot oder Konditionen aufrecht erhalten werden oder noch mit einem Antrag zu rechnen ist.

**Ich willige ein,** dass der angesprochene Versicherer meine im Rahmen dieser Risikovoranfrage und in einem früheren Antrag oder Vertragsverhältnis mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Abwicklung der Risikovoranfrage erforderlich ist.

Weiter **willige ich ein,** dass meine Gesundheitsdaten in der Risikoprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden können.

**2.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen**

Um Ihr Risiko zu prüfen, kann der Versicherer Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer die Risikovoranfrage der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risikoprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können.

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

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z. B. Statistik, wissenschaftliche Forschung) verarbeitet.

**Ich willige ein,** dass meine Gesundheitsdaten zur Risikoprüfung – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verarbeitet werden. Soweit erforderlich, **entbinde ich** die für den angefragten Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren der Schweigepflicht unterliegenden Daten von ihrer Schweigepflicht.

**2.3. Rückübermittlung an den anfragenden Versicherungsvermittler**

Der Versicherungsvermittler, der die Voranfrage gestellt hat, wird vom Versicherer darüber informiert, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihnen Versicherungsschutz gewährt werden könnte.

Für die Datenweitergabe in diesen Fällen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung. Die Einwilligung gilt auch für die Übermittlung von Gesundheitsdaten an den Maklerpool, dem der Versicherungsmakler angehört, andere zwischengeschaltete Makler sowie für von den vorgenannten Maklern mit der Entgegennahme von Daten beauftragte Dienstleistungsgesellschaften.

**Ich willige ein,** dass der angesprochene Versicherer meine Gesundheitsdaten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den anfragenden Versicherungsvermittler, seinen Maklerpool, zwischengeschaltete Makler und von den vorgenannten Maklern eingeschaltete Dienstleistungsgesellschaften übermitteln darf. Soweit erforderlich, **entbinde ich** die für den angefragten Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und ggf. weiteren der Schweigepflicht unterliegenden Daten von ihrer Schweigepflicht.

PESVA03662

EV--422520 (04V) 0.12.23

### 3. Verarbeitung von genetischen Daten in der Lebensversicherung

Auch genetische Untersuchungen und Analysen können relevante Informationen über Ihren Gesundheitszustand enthalten. Daher kann es in der Risikoprüfung erforderlich sein, dass der Versicherer Ergebnisse und Daten solcher Untersuchungen und Analysen verarbeitet. Für den Abschluss eines Versicherungsvertrages wird keine Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangt.

Der Versicherer verarbeitet in der Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits und Pflegerentenversicherung die vom Versicherungsmakler erhaltenen Ergebnisse und Daten aus genetischen Untersuchungen und Analysen zur Risikoprüfung, wenn eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente angefragt wird.

In allen anderen Fällen verarbeitet der Versicherer für die Risikoprüfung Informationen über bei Ihnen bestehende Krankheiten auch dann, wenn sie durch genetische Untersuchungen oder Analysen festgestellt worden sind. Zur Erhebung und Verarbeitung dieser Daten benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

**Ich willige ein,** dass der Versicherer meine genetischen Daten im oben beschriebenen Umfang

- entsprechend Ziffer 1 zur Bearbeitung der Risikovoranfrage verarbeitet;
- entsprechend Ziffer 2.1 an die in der erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass sie von diesen für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie der Versicherer dies tun dürfte;
- entsprechend Ziffer 2.2 an Rückversicherungen übermittelt und dass sie von diesen zu den genannten Zwecken verarbeitet werden.

### 4. Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später direkt gegenüber dem Versicherer oder über Ihren Makler für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten und ggf. genetischen Daten die Durchführung der Risikovoranfrage in der Regel nicht möglich sein wird.

Die vorangestellten Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen (z. B. Ihre Kinder), soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

| | |
|---|---|
| Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller |
| Ort, Datum | Unterschrift der zu versichernden Person<br>(bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres) |
| Ort, Datum | Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreter(s)<br>(bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres der zu versichernden Person stets notwendig) |

PESVA03662

EV---422520 (04V) 0.12.23

Fragen und Angaben zu gefahrerheblichen Umständen für die Erstellung eines Vorschlags für eine Berufsunfähigkeits- oder Dienstunfähigkeitsversicherung.

**Bitte beachten Sie: Stellen Sie anschließend einen Antrag auf Abschluss dieser Versicherung, sind diese Angaben auch Bestandteil Ihres Antrages. Sie gefährden Ihren Versicherungsschutz, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen.**

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

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

### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

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

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

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

**1. Rücktritt**

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

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

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

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

**2. Kündigung**

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

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

**3. Vertragsänderung**

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

Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

**4. Ausübung unserer Rechte**

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

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

**5. Anfechtung**

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

**6. Stellvertretung durch eine andere Person**

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

PESVA03662
EV---422520 (04V) 0.12.23

**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.**

Sind Sie einverstanden, dass wir die Fragen, die wir Ihnen im Antrag zum Abschluss Ihres Beamtenanwärter- oder Beihilfetarifs oder Ihrer Heilkostenvollversicherung bei der Allianz Private Krankenversicherung (APKV) vom _____ mit der Antragsnummer _____ unter „Gesundheitsangaben und Fragen zum Gesundheitszustand" gestellt haben sowie Ihre dazu gemachten Angaben auch für diesen Vertrag verwenden? ☐ ja ☐ nein

**Hierzu ergänzende Gesundheitsangaben:**

1. Wurde bei Ihnen eine angeborene Erkrankung oder Krebserkrankung festgestellt? ☐ ja ☐ nein
2. Wurden Ihnen in den letzten 5 Jahren Medikamente* verordnet, die über einen Zeitraum von mehr als 4 Wochen eingenommen wurden oder waren Sie länger als drei Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig? ☐ ja ☐ nein

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

**Angabe zum Rauchverhalten (bitte die zutreffende Aussage ankreuzen):**

☐ **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.

**! Sofern Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, bitten wir Sie, die Details nachfolgend zu ergänzen.**

| 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 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**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 |
|---|---|---|
| | | |

PESVA03662
EV---422520 (04V) 0.12.23

# Information zur Verwendung Ihrer Daten

Versicherung, Vorsorge und Vermögensbildung sind Vertrauenssache. Daher ist es für uns sehr wichtig, Ihre Persönlichkeitsrechte zu respektieren. Das gilt insbesondere für den Umgang mit Ihren persönlichen Daten.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die Allianz Lebensversicherungs-AG (im Folgenden „der Versicherer"), die Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

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

**Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung**

Die Erstellung von Vorschlägen und Angeboten ist in der Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (im Folgenden „Daten") nicht möglich.

Zur Erstellung von individuellen Vorschlägen und Angeboten benötigen wir die von Ihnen gemachten Angaben, um das von uns zu übernehmende Risiko einschätzen zu können.

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

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt für vorvertragliche Maßnahmen. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie insbesondere Gesundheitsdaten, erforderlich sind, benötigen wir grundsätzliche Ihre Einwilligung, es sei denn, es liegen die Voraussetzungen eines gesetzlichen Tatbestandes vor, z. B. bei der Erstellung von Statistiken.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, wenn es erforderlich ist, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere der Fall sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten insbesondere durch Datenanalysen zur Missbrauchsbekämpfung,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Allianz Deutschland-Gruppe. Dabei betrachten wir Aspekte, wie das von Ihnen bei uns gehaltene Produktportfolio und Ihre persönliche Situation, um Ihnen individuell passende Produktempfehlungen geben zu können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben oder obliegender Beratungspflichten).

**Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten**

Vermittler:
Der selbstständige Vermittler, der Sie berät, erfährt, ob und mit welchem Inhalt ein Vertrag geschlossen werden könnte und dabei auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken zu vereinbaren wären. Wir übermitteln die zu Beratungszwecken benötigten Daten an den zuständigen Vermittler, der diese verarbeitet.

Spezialisierte Unternehmen unserer Unternehmensgruppe sowie externe Dienstleister:
Spezialisierte Unternehmen unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen in gemeinsam nutzbaren Verfahren wahr. Daten von Interessenten oder Antragstellern können in zentralisierten Verfahren – wie Telefonate oder Postein- und -ausgang – von diesen Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden.

**Dauer der Datenspeicherung**

Grundsätzlich löschen wir Ihre Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Wir bewahren Ihre Daten für die Zeit auf, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können. Zudem speichern wir Ihre Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtend sind.

**Betroffenenrechte**

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten sowie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten zustehen.

**Widerspruchsrecht**

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

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

Daneben haben Sie die Möglichkeit, sich an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Behörde ist:

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg in Stuttgart.

PESVA03662
EV--422520 (04V) 0.12.23