MetallRente

Betriebliche Altersversorgung

METALLRENTE

Gesundheitserklärung der zu versichernden Person/des Versorgungsberechtigten zu einer MetallRente-Versorgung (Berufsunfähigkeitsrente oder Beitragsbefreiung BU zur Altersvorsorge)

GV--M0318Z0 (42V) 0.12.24

Bitte diese Seite vor dem Ausfüllen dem Kunden aushändigen!

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Ausübung unserer Rechte
Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen.
Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

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

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

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

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

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

GV-M0318Z0 (42V) 0.12.24

PESVA02385

☐ MetallRente.Direktversicherung
☐ MetallRente.Pensionskasse
☐ MetallRente.Pensionsfonds
☐ MetallRente.Unterstützungskasse

MetallRente

Gesundheitserklärung der zu versichernden Person/des Versorgungsberechtigten zu einer MetallRente-Versorgung

Vertrags-Nr. ___ / _____ Risiko-Nr.* _____ Vermittler-Nr. _____

(*) wird durch die verwaltende Stelle ausgefüllt

Name des Arbeitgebers _____

Zu versichernde Person/ Versorgungsberechtigter ☐ Herr ☐ Frau ☐ Anredezusätze _____

Zuname, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Geburtsname _____

Straße/Hausnummer _____

Postleitzahl/Ort _____ _____

Straßen-, Ortszusatz _____

Gesundheitserklärung der zu versichernden Person/des Versorgungsberechtigten

Wichtige Hinweise

1) Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen. Sie sind verpflichtet, die Fragen zu den gefahrerheblichen Umständen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde Person/den Versorgungsberechtigten.
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.

GV-M0318Z0 (42V) 0.12.24

PESVA02385

Bitte machen Sie immer Angaben zu den für den jeweiligen Tarif relevanten Fragen, wenn eine Berufsunfähigkeits- oder Hinterbliebenenvorsorge mit Risikoprüfung neu beantragt ist 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.

Angaben der zu versichernden Person/des Versorgungsberechtigten

☐ A Allgemeine Fragen

1. Zur beruflichen Tätigkeit

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

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

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

Falls ja: Welchen? _____

In welcher Branche sind Sie tätig? _____

Zu welcher Gruppe gehören Sie?

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

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

☐ Studenten: Bitte nennen Sie Ihr Studienfach: _____

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

Falls ja: Bitte nennen Sie den konkreten Abschluss: _____

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

Entspricht Ihre Berufsausbildung Ihrer derzeitigen Tätigkeit? ☐ ja ☐ nein

Weitere Angaben: ☐ teilzeitbeschäftigt, Std. pro Woche _____

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

Wie groß ist der Anteil an Bürotätigkeit? _____ %

Sind Sie aufsichtsführend/geschäftsführend tätig? ☐ ja ☐ nein

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

Anteil Bürotätigkeit, verwaltender oder aufsichtsführender Tätigkeit in % _____

Bei handwerklichen Berufen: Anteil der körperlichen Tätigkeit in % _____

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

2. Zu Auslandsaufenthalten

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

Falls ja: Wo? Wann? Wie lange? _____

3. Freizeitaktivitäten

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

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

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

_____

_____

4. Zu den Körpermaßen

Wie sind Ihre **Körpergröße** und Ihr **Körpergewicht**? _____ cm _____ kg

5. Zum am besten informierten Arzt

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

Name/Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

6. Zur telefonischen Erreichbarkeit

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

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

GV-M0318Z0 (42V) 0.12.24

PESVA02385

☐ B Gesundheitsfragen bei Einschluss von Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit mit Jahreszahlbeitrag bis einschließlich 3.000 EUR

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 3 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 nichtärztlichen Therapeuten? ☐ ja ☐ nein

Hinweis: Haben Sie **eine oder beide 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, D und E.**

☐ C Gesundheitsfragen bei Einschluss von Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, ggf. auch mit optionalem Einschluss von Hinterbliebenenvorsorge *oder* bei Einschluss von Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit 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 anzugeben 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 verschreibungspflichtige **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 anzugeben 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 anzugeben 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** (z. B. MPU)? ☐ ja ☐ nein

9) Wurden Sie wegen des **Konsums von Drogen oder Betäubungsmitteln** ärztlich **beraten oder behandelt** (z. B. MPU)? ☐ 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
   f) 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.

* Falls ja, bitte entsprechenden Fragebogen beantworten.
** Bitte Bescheid/Rentenbescheid/Versorgungsamtsbescheid in Kopie beifügen (kein Ausweis).

☐ D Angaben zur Versicherungssituation (immer zu beantworten)

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

☐ Angaben zur Versicherungssituation bei Berufsunfähigkeitsrente

Bestehen bei Allianz oder anderen Versicherern weltweit 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).

Gesellschaft	Tarifart	monatliche Rentenhöhe	bestehend	aktuell beantragt	wird gekündigt*
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐

* 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 Berufsunfähigkeitsrente ab jährlich 24.001 EUR oder bei Hinterbliebenenvorsorge ab 500.001 EUR Todesfallleistung (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.
Bei Hinterbliebenenvorsorge ab 1.000.001 EUR Todesfallleistung (inkl. Vorversicherungen) bitte Einkommensnachweis beilegen.

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

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

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

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

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

☐ Hinterbliebenenvorsorge/-schutz ☐ private Darlehens-/Kreditabsicherung ☐ geschäftliche Darlehens-/Kreditabsicherung
☐ Erbschaftssteuerabsicherung ☐ Keyman-/Schlüsselkraftabsicherung ☐ Firmenrückdeckungsversicherung
☐ sonstiges: _____

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

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 des Frageblocks C bejaht haben, benötigen wir folgende Angaben
(ggf. gesondertes Blatt verwenden).

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

☐ F Anlagen zu den Gesundheitsangaben

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

☐ Anlagen liegen bei ☐ Anlagen werden nachgereicht

GV-M0318Z0 (42V) 0.12.24

PESVA02385

Erklärungen zur Datenverarbeitung:

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

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der ab 25.05.2018 wirksamen EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten sowie von genetischen Daten[1] durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten oder genetischen Daten[1] für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt – je nachdem an wen sich Ihre Erklärung richtet – entweder

- die Allianz Lebensversicherungs-AG (als federführende Gesellschaft des Konsortiums MetallRente.Direktversicherung)
  oder
- die Allianz Pensionskasse AG (als federführende Gesellschaft des Konsortiums MetallRente.Pensionskasse)
  oder
- die Allianz Pensionsfonds AG (als federführende Gesellschaft des Konsortiums MetallRente.Pensionsfonds)
  oder
- die Allianz Lebensversicherungs-AG (als federführende Konsortialgesellschaft für die Rückdeckungsversicherung MetallRente.Unterstützungskasse)

(im Folgenden „der Federführer“ oder „wir“), daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Der Federführer darf für die Lebensversicherung, die Berufsunfähigkeitsversicherung, die Erwerbsunfähigkeitsversicherung und die Pflegerentenversicherung bzw. für die zugesagten Versorgungsleistungen die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden, wenn eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart wird.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten oder genetischen Daten[1] bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Unsere Mitarbeiter unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (im Folgenden „Schweigepflicht“). Darum benötigen wir als Unternehmen der Lebensversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten, genetischen Daten[1] oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z. B. Assistance-, Logistik- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

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

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

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

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten, genetischen Daten[1] und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten
- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Federführers (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

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

Ich willige ein, dass der Federführer 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 Versicherungs- bzw. Versorgungsvertrages erforderlich ist. Meine Einwilligung umfasst auch genetische Daten, soweit deren Verwendung zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungs- bzw. Versorgungsvertrages im oben beschriebenen Umfang zulässig ist.

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

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

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

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

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

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

Bitte ein Feld auswählen

Möglichkeit I:

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

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

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

[1] Wir verwenden grundsätzlich keine genetischen Daten, es sei denn es wird eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart und es wurde bereits eine genetische Untersuchung oder Analyse vorgenommen.

GV-M0318Z0 (42V) 0.12.24

PESVA02385

Möglichkeit II:

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

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten oder genetischen Daten[1] durch den Federführer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Federführer 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 Federführer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

Möglichkeit I:

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

Möglichkeit II:

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

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

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

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

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

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten und/oder Gesundheitsdaten sowie genetische Daten[1] für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die aktuelle Liste kann auf unserer Internetseite unter www.allianz.de/dienstleister-leben/ eingesehen oder bei uns (Allianz Lebensversicherungs-AG 10850 Berlin, Telefon 0800 4 100 104, lebensversicherung@allianz.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

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

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Verträge mit Rückversicherern abschließen, die das von uns versicherte bzw. versorgte 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 Versicherungs- bzw. Versorgungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungs- bzw. Versorgungs- oder Leistungsantrag dem Rückversicherer vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme bzw. die zugesagte Versorgungsleistung besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

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

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

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

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

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

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

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

[1] Wir verwenden grundsätzlich keine genetischen Daten, es sei denn es wird eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart und es wurde bereits eine genetische Untersuchung oder Analyse vorgenommen.

GV-M0318Z0 (42V) 0.12.24
PESVA02385

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

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

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

Ich willige ein, dass der Federführer meine Gesundheitsdaten und genetischen Daten[1] – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

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

1. Wirtschaftsauskunft (in Einzelfällen bei einer beantragten Leistung von mehr als 400.000 Euro oder einer Jahresrente von mehr als 30.000 Euro)

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

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

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

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

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

Information zur Verwendung Ihrer Daten

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

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist – je nachdem mit wem der Vertrag geschlossen wird – entweder

- die Allianz Lebensversicherungs-AG (als federführende Gesellschaft des Konsortiums MetallRente.Direktversicherung)
  oder
- die Allianz Pensionskasse AG (als federführende Gesellschaft des Konsortiums MetallRente.Pensionskasse)
  oder
- die Allianz Pensionsfonds AG (als federführende Gesellschaft des Konsortiums MetallRente.Pensionsfonds)
  oder
- die Allianz Lebensversicherungs-AG (als federführende Konsortialgesellschaft für die Rückdeckungsversicherung MetallRente.Unterstützungskasse)

(im Folgenden jeweils „die federführende Gesellschaft“ oder „wir“).
Sie erreichen diese unter folgenden Kontaktdaten:

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

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

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

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

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt für vorvertragliche Maßnahmen und zur Erfüllung Ihres Vertrages. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie Gesundheitsdaten oder genetische Daten[1], erforderlich sind, benötigen wir grundsätzlich Ihre Einwilligung, es sei denn, es liegen die Voraussetzungen eines gesetzlichen Tatbestandes vor, z. B. bei der Erstellung von Statistiken.

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten insbesondere durch Datenanalysen zur Missbrauchsbekämpfung,
- für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Werbung für MetallRente-Versicherungsprodukte und MetallRente-Versorgungsprodukte. Dabei betrachten wir Aspekte, wie das von Ihnen bei uns gehaltene Produktportfolio und ihre persönliche Situation, um Ihnen individuell passende Produktempfehlungen geben zu können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungs- und Nachweispflichten oder obliegender Beratungspflichten).

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten
Vermittler:
Der selbstständige Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, mit welchem Inhalt der Vertrag geschlossen wurde und dabei auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Darüber hinaus übermitteln wir die zur Betreuung Ihrer Versicherungsverträge/Versorgungsverträge benötigten Daten an den zuständigen Vermittler, der diese zu Beratungszwecken verarbeitet.

Spezialisierte Unternehmen der Unternehmensgruppe der federführenden Gesellschaft sowie externe Dienstleister:
Spezialisierte Unternehmen der Unternehmensgruppe der federführenden Gesellschaft nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen in gemeinsam nutzbaren Verfahren wahr. Daten von Antragstellern und Versicherten/Versorgungsberechtigten können in zentralisierten Verfahren wie Telefonate, Post, Inkasso von diesen Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden.

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten auch externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von der federführenden Gesellschaft eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, sowie der Unternehmen der Unternehmensgruppe der federführenden Gesellschaft, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie der Übersicht auf unserer Internetseite unter www.allianz.de/dienstleister-leben/ entnehmen oder bei uns anfordern.

[1] Wir verwenden grundsätzlich keine genetischen Daten, es sei denn es wird eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart und es wurde bereits eine genetische Untersuchung oder Analyse vorgenommen.

GV-M0318Z0 (42V) 0.12.24
PESVA02385

Rückversicherer:
Einige der von uns übernommenen Risiken versichern wir zusätzlich bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall/Versorgungsfall machen kann. Sollte ein Rückversicherer in Ihrem Fall involviert sein, werden Sie eigens informiert.
Zudem ist es in Einzelfällen möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung unterstützt.

Weitere Empfänger:
Darüber hinaus können wir Ihre Daten an weitere Empfänger übermitteln, z. B. an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten.

Dauer der Datenspeicherung
Grundsätzlich löschen wir Ihre Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Wir bewahren Ihre Daten für die Zeit auf, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich, unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch sowie der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn volle Jahre.

Betroffenenrechte
Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten sowie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

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.

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

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

Datenaustausch mit den von Ihnen im Antrag benannten Versicherern
Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages/Versorgungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls/Versorgungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von Daten mit den von Ihnen im Antrag benannten Versicherern erfolgen.

Wirtschaftsauskünfte
Soweit erforderlich, erheben wir Informationen nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung.

Datenübermittlung in ein Drittland
Sollten wir nach dem 25.05.2018 Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Diese können Sie dann im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen oder bei der federführenden Gesellschaft anfordern.

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

Die automatisierten Entscheidungen beruhen auf von der federführenden Gesellschaft vorher festgelegten Regeln zur Prüfung und Gewichtung der Informationen.

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

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

Unterschriften (Bitte mit Vor- und Zunamen.)

Ort/Datum

Zu versichernde Person/Versorgungsberechtigter

Gesetzlicher Vertreter

Vermittler

Empfangsbestätigung

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

Ort, Datum

Zu versichernde Person/Versorgungsberechtigter

Gesetzlicher Vertreter

GV-M0318Z0 (42V) 0.12.24

PESVA02385