Allianz

Lebensversicherung Privat

Risiko (DLVAG)

Antrag auf Abschluss einer RisikoLebensversicherung mit Berufsunfähigkeitsvorsorge

Deutsche Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats der Deutsche Lebensversicherungs-AG: Dr. Volker Priebe.
Vorstand: Oliver Nittmann, Dr. Anja Westerhoff.

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

Merlitzstr. 8,
12489 Berlin
Telefon: +49 (0) 30 53 89 36 47 10
Telefax: 0 800 4 40 0104
E-Mail: lebensversicherung@allianz.de
Internet: www.dlvag.de

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

L----0106Z0 (52V) 0.12.23

Deutsche Lebensversicherungs-AG Vermittler Nr. B.-Nr. b

Allianz

Antrag auf Abschluss einer RisikoLebensversicherung

Antragsteller (VN) ☐ Herr ☐ Frau Anredezusätze Geburtsdatum

Zuname, Vorname Geburtsort

Straße, Hausnummer Geburtsland+

Postleitzahl/Ort, Wohnland Staatsangehörigkeit

Straßen-, Ortszusatz

Hinweis: Gibt es neben dem Vertragspartner ggf. eine für ihn **auftretende Person** (z. B. aufgrund einer Einzelvollmacht) **oder** ist der Vertragspartner eine **juristische Person,** bitte verwenden Sie das **Formular EV---0783Z0.**

Ausweisdaten ☐ Personalausweis ☐ Reisepass ☐ elektronischer Aufenthaltstitel

Ausweisnummer

Ausstellungsdatum Gültig bis (Ablaufdatum)

ausstellende Behörde

Eine **Kopie des Identifizierungsdokuments** ist diesem Antrag beizulegen.

Telefon+ E-Mail+

Bitte nur ausfüllen, wenn die zu versichernde Person nicht der Antragsteller (Versicherungsnehmer) ist.

Zu versichernde Person ☐ Herr ☐ Frau Anredezusätze Geburtsdatum

Zuname, Vorname Geburtsort

Straße, Hausnummer Geburtsland+

Postleitzahl/Ort, Wohnland Staatsangehörigkeit

Straßen-, Ortszusatz

Telefon+ E-Mail+

Bitte machen Sie auf dem Formular „FRAGEN UND ANGABEN ZU GEFAHRERHEBLICHEN UMSTÄNDEN" genauere Angaben zu Ihrer beruflichen Tätigkeit sowie zu Ihren Gesundheitsverhältnissen und geben Sie dort bitte Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung ab. Bitte nutzen Sie das E----0109Z0, wenn eine Berufsunfähigkeitsrente mit beantragt ist. Bitte nutzen Sie das E----0129Z0 für Beamte, wenn eine BU Rente mit beantragt ist. Bitte nutzen Sie das E----0127Z0, für Schüler, wenn eine BU-Rente beantragt ist. Bitte nutzen Sie das E----0122Z0, wenn KEINE BU-Rente beantragt ist.

Wir als Allianz[1] möchten Sie zu unseren Angeboten aus den Bereichen Versicherung, Vorsorge und Vermögen[2] sowie zu besonderen Services[3] per E-Mail, Telefon und/oder SMS informieren und kontaktieren. Ebenso möchten wir Sie im Rahmen unserer Markt- und Meinungsforschung ansprechen. Sind Sie einverstanden, dass wir uns unter Verwendung der von Ihnen angegebenen Daten[4] mit Ihnen in Verbindung setzen?

☐ **Ja, ich bin damit einverstanden.**

Telefon E-Mail

Ihre **Werbeeinwilligung** bleibt gültig, bis Sie diese widerrufen. Der Nutzung Ihrer Daten für Werbezwecke oder für Markt- und Meinungsforschung können Sie jederzeit ohne Angaben von Gründen widersprechen, z. B. online unter allianz.de/werbewiderspruch oder postalisch bei der Allianz Deutschland AG, 10900 Berlin.

[1] Mit Ihrer Zustimmung berechtigen Sie folgende Allianz Gesellschaften: Allianz Deutschland AG, Allianz Kunde und Markt GmbH, Allianz Versicherungs-AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Deutsche Lebensversicherungs-AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Global Investors GmbH, Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG und die für Sie zuständige(n) Allianz Vertretung(en).

[2] Dies umfasst insbesondere Informationen aus den Bereichen: Schaden- und Unfallversicherung, Private Krankenversicherung, Lebensversicherung, Vermögensanlage, Baufinanzierung und Bausparen.

[3] Dies umfasst insbesondere Informationen zu Kundenevents, unserem Kunden-Vorteilsprogramm und Tipps zur Schadensprävention.

[4] Ihre Kontaktdaten, die Sie im Rahmen einer Vertragsbeziehung oder bei einem anderen Kontakt mit der Allianz angegeben haben bzw. künftig mitteilen werden (wie Anrede, Name, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer), werden von den aufgeführten Allianz Gesellschaften und von der zuständigen Allianz Vertretung verarbeitet und für die genannten Zwecke genutzt.

PESVA02315

L---0106Z0 (52V) 0.12.23

+Freiwillige Angabe.

Immobilienfinanzierung (vereinfachte Risikoprüfung)

Handelt es sich um die Finanzierung eines Immobilien-Neuerwerbs mit Darlehensbeginn* innerhalb der letzten sechs Monate? ☐ ja

Handelt es sich um die Finanzierung eines Ärztepraxis-Neuerwerbs mit Darlehensbeginn* innerhalb der letzten sechs Monate? ☐ ja

In diesen Fällen können wir Ihnen unter folgenden Voraussetzungen eine vereinfachte Risikoprüfung anbieten:

- Ihre Gesamttodesfallsumme entspricht der Höhe des Darlehens, jedoch max. 500.000 EUR (inkl. Vorversicherungen ohne ärztliche Untersuchung in den letzten 5 Jahren)
- Ihr Eintrittsalter beträgt maximal 45 Jahre
- Bei Einschluss einer Berufsunfähigkeitsvorsorge beträgt die monatliche Garantierente maximal 1.500 EUR (inkl. Vorversicherungen mit reduzierter Risikoprüfung)
- Sie treten in den nächsten 12 Monaten keinen außereuropäischen Auslandsaufenthalt von mehr als 6 Monaten an

Wenn Sie diese Voraussetzungen erfüllen, geben Sie uns bitte weitere Informationen zu Ihrem Beruf und Ihren Gesundheitsverhältnissen auf dem Formular E----0101Z0 bzw. bei Einschluss einer BU-Zusatzversicherung auf dem Formular E----0125Z0.

Daten der Versicherung

Kapital bei Tod

_____ EUR

Kapital bei Tod (zum Ende bei L0AU(DL)/L0AUTBTR(DL))

_____ EUR

Tarif

☐ L0U(DL) ☐ L0PU(DL)

☐ L0AU(DL)

mit Berufsunfähigkeitsvorsorge

☐ L0UTBTR(DL)

☐ L0AUTBTR(DL)

monatl. Berufsunfähigkeitsrente

_____ EUR

(Bei Partnerversicherung bitte 2. Formular ausfüllen.)

Überschussbeteiligung ☐ **Verrechnung** ☐ **Todesfallbonus** (für die Berufsunfähigkeitsvorsorge **Überschussrente**)

ärztliche Untersuchung ☐ ja E 105 wurde der zu versichernden Person bereits ausgehändigt ☐ ja Versicherungsbeginn 1. _____

Beitragszahlungs-/Versicherungsdauer _____ Jahre

Leistungsdauer für die BU-Rente, falls von der Versicherungsdauer abweichend _____ Jahre

Beitragszahlung erfolgt ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

Gesamtbeitrag ➤ _____ EUR ➤ abzüglich Sofortüberschussbeteiligung** = zu zahlender Beitrag ➤ _____ EUR

Zuwachs

Es wird der dynamische Zuwachs von Leistung und Beitrag beantragt. **Wenn kein Zuwachs gewünscht wird, bitte ankreuzen** ☐ **ohne Zuwachs.**

Inkasso (Die Beiträge können nur durch Lastschrifteinzug gezahlt werden.)

Zuname, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit und Anschrift des Beitragszahlers (nur ausfüllen, wenn der Beitragszahler nicht der Antragsteller/VN ist).

Beitragszahler _____

_____

Ist der abweichende Beitragszahler eine **juristische Person** bitte die Erklärung EV---0783Z0 beifügen.

☐ Personalausweis ☐ Reisepass ☐ elektronischer Aufenthaltstitel Ausweisnummer _____

Ausstellungsdatum _____ Gültig bis (Ablaufdatum) _____

ausstellende Behörde _____

Die Beiträge werden bis auf Widerruf bei Fälligkeit gemäß den Angaben unter C. SEPA-Lastschriftmandat auf Seite 10 eingezogen. Versicherungsschutz setzt ausreichende Kontodeckung voraus.

Verwendungszweck+ ☐ Darlehensabsicherung ☐ Hinterbliebenenvorsorge ☐ Erbschaftsteuerversicherung ☐ Firmenrückdeckungsversicherung ☐ Schlüsselkraftversicherung

Zusätzliche Identifikationsunterlagen

– Kopie Ausweisdokument (zwingend beizufügen)

Erklärung nach dem Geldwäschegesetz

Es ist grundsätzlich für jeden Versicherungsnehmer die Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz beizufügen. Gibt es neben dem Vertragspartner ggf. eine für ihn auftretende Person oder ist der Vertragspartner eine juristische Person, verwenden Sie bitte ebenfalls das folgende Formular:

- EV---0783Z0 Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz

+Freiwillige Angabe.

*Darlehensbeginn ist das Unterschriftsdatum auf dem Darlehensvertrag.

**Die Höhe der Überschussbeteiligung kann nur für das 1. Versicherungsjahr garantiert werden.

PESVA02315

L---0106Z0 (52V) 0.12.23

Rechtsnachfolger des Versicherungsnehmers

Ist der Versicherungsnehmer nicht selbst die zu versichernde Person, soll bei seinem Tod die zu versichernde Person neuer Versicherungsnehmer werden.
Eine hiervon abweichende Regelung bitte unter Nebenabreden vermerken.
Der Versicherungsnehmer kann die Rechtsnachfolge vor seinem Tod widerrufen und einen anderen Rechtsnachfolger bestimmen. Der Widerruf wird uns gegenüber erst wirksam, wenn uns dieser vom Versicherungsnehmer schriftlich angezeigt wird.

Empfänger der Versicherungsleistungen

Wenn Sie Bausteine Berufsunfähigkeitsvorsorge oder Berufsunfähigkeitsvorsorge mit Dienstunfähigkeitsabsicherung abgeschlossen haben, kann als Bezugsberechtigter für den Erlebensfall ausschließlich die versicherte Person oder ein naher Angehöriger der versicherten Person gemäß § 7 Pflegezeitgesetz oder gemäß § 15 Abgabenordnung (zum Beispiel Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, Lebensgefährte, Verwandte in gerader Linie, Geschwister) benannt werden (begünstigter Personenkreis). Die Beschränkung auf den begünstigten Personenkreis gilt auch bei Änderungen des Bezugsberechtigten für den Erlebensfall während der Vertragslaufzeit.

Die Beschränkung auf diesen Personenkreis gilt nicht, wenn die Versicherung zur Sicherung einer Verbindlichkeit der versicherten Person oder eines nahen Angehörigen der versicherten Person gemäß § 7 Pflegezeitgesetz oder gemäß § 15 Abgabenordnung abgetreten oder verpfändet wird. In diesem Fall kann der Sicherungsnehmer sich als Bezugsberechtigten benennen. Die Abtretung oder Verpfändung der Versicherung muss rechtlich möglich sein.

Die Beschränkung auf den begünstigten Personenkreis gilt ebenfalls nicht für das Bezugsrecht für den Todesfall. Als Bezugsberechtigter für den Todesfall kann jeder benannt werden.

Bezugsberechtigte für alle Versicherungsleistungen einschließlich der Leistung aus der Überschussbeteiligung:

a) **Solange die versicherte Person lebt: der Versicherungsnehmer**

b) ☐ ▶ (nur ausfüllen wenn a) nicht gewünscht wird) _____

Angehörigenverhältnis von Bezugsberechtigten im Erlebensfall zur zu versichernden Person:

☐ Eltern ☐ Großeltern ☐ Schwiegereltern ☐ Stiefeltern ☐ Ehegatten ☐ Verlobte ☐ Lebenspartner in eingetragener Lebenspartnerschaft ☐ Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft ☐ Geschwister (inkl. Halbgeschwister) ☐ Ehegatten der Geschwister ☐ Eingetragene Lebenspartner der Geschwister ☐ Geschwister der Ehegatten ☐ Geschwister der eingetragenen Lebenspartner ☐ Kinder ☐ Kinder des Ehegatten ☐ Kinder des eingetragenen Lebenspartners ☐ Adoptivkinder ☐ Adoptivkinder des Ehegatten ☐ Adoptivkinder des eingetragenen Lebenspartners ☐ Pflegekinder ☐ Pflegekinder des Ehegatten ☐ Pflegekinder des eingetragenen Lebenspartners ☐ Schwiegerkinder ☐ Stiefkinder ☐ Enkelkinder ☐ Kinder der Geschwister (Nichte, Neffe) ☐ Geschwister der Eltern (Onkel, Tante) ☐ Pflegeeltern

c) **Bei Tod der versicherten Person: der zum Todeszeitpunkt mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehegatte**

d) ☐ ▶ (nur ausfüllen wenn c) nicht gewünscht wird) _____

Bei Eingabe einer natürlichen Person unter b) oder d) bitte zur Legitimierung Vorname, Name, Geburtsdatum und Adresse angeben.

Zielmarkt (vom Vermittler auszufüllen)

Der Verkauf erfolgt innerhalb des Zielmarktes ☐ ja ☐ nein

Falls nein, Begründung: _____

Nebenabreden (Mündliche Abreden sind für die Deutsche Lebensversicherungs-AG nicht verbindlich.)

_____

Online Service Meine Allianz

Wünschen Sie die kostenlose Nutzung des Online Service "Meine Allianz" ?

☐ ja ☐ nein

Wenn Frage bejaht, dann bitte Handynummer und E-Mail angeben.

Handynummer: _____

E-Mail: _____

Finanzierung

Der Antrag der Risikolebensversicherung dient der Absicherung der Zahlungsverpflichtungen aus einer Finanzierung ☐ ja ☐ nein

PESVA02315

L---0106Z0 (52V) 0.12.23

A. Erklärungen

A. 1. Hiermit beantrage ich den Abschluss der erfassten Versicherung.
Die für den Abschluss des/der Vertrages/Verträge erforderlichen Angaben habe ich gegenüber dem Vermittler gemacht.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes bin ich einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt.

A. 2. Ich gebe folgende Erklärungen zur Datenverarbeitung ab:

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, benötigen wir, Ihre Deutsche Lebensversicherungs-AG, je nachdem an welchen Versicherer sich Ihre Erklärung richtet (im Folgenden „der Versicherer"), daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Der Versicherer darf für die Lebensversicherung, die Berufsunfähigkeitsversicherung, die Erwerbsunfähigkeitsversicherung und die Pflegerentenversicherung 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, Ihre Deutsche Lebensversicherungs- AG 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 Versicherungsschutz 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 Versicherungsvertrages 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 Versicherers (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

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

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist. Meine Einwilligung umfasst auch genetische Daten[1], soweit deren Verwendung zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages 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 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 ein gereichten 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 Versicherer – 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 Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

[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.

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 Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

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

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten oder genetischen Daten[1] durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung 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 Versicherers

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

Ich willige ein, dass der Versicherer 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 Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten, genetischen Daten[1] und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten 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 Versicherer 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 Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Allianz Deutschland Gruppe und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten, 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 Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übermitteln. Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungs- oder Leistungsantrag dem Rückversicherer vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

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.

[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.

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 Versicherer 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 Versicherungsvermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit und keine genetischen Daten[1] an selbstständige Versicherungsvermittler 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 Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

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

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

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

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

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten 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 Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Versicherer 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.

[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.

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 Versicherer 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 Versicherer 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 Versicherers 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 Person(en) oder des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person(en)

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

B. Hinweise

Vertragsgrundlagen
Vertragsgrundlagen werden Ihr Antrag, der Versicherungsschein sowie die Ihnen übermittelten Versicherungsbedingungen.

Widerrufsrecht
Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheines widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen" entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht sowie die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz
Nach dem Geldwäschegesetz (GwG) ist die Allianz verpflichtet, bei der Begründung der Kundenbeziehung die Identität Ihres Vertragspartners festzustellen. Darüber hinaus hat die Allianz den wirtschaftlich Berechtigten zu identifizieren. Wirtschaftlich Berechtigter ist grundsätzlich die natürliche Person, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Vertragspartner letztlich steht. Es kann auch mehrere wirtschaftlich Berechtigte geben.

PESVA02315

L---0106Z0 (52V) 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 Deutsche Lebensversicherungs-AG (im Folgenden „der Versicherer"), die Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

Deutsche Lebensversicherungs AG
Merlitzstr. 8
12489 Berlin
Telefon: 030 53 89 36 47 10
E-Mail: lebensversicherung@allianz.de

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

Beantragen Sie Versicherungsschutz, 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 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 beantragen. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um den Eintritt und den Umfang des Versicherungsfalles 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 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 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 unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Allianz Deutschland Gruppe und deren Kooperationspartner. 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 benötigten Daten an den zuständigen Vermittler, der diese zu Beratungszwecken 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 Antragstellern und Versicherten 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 uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, sowie der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie der Übersicht auf unserer Internetseite unter www.allianz.de/dienstleister-leben/ einsehen oder bei uns anfordern.

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 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.

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:

[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.

PESVA02315

L---0106Z0 (52V) 0.12.23

Die Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit.

Datenaustausch mit den von Ihnen im Antrag benannten Versicherern
Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls 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-Standardvertrags klauseln) vorhanden sind. Diese können Sie dann im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen oder bei uns anfordern.

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

Die automatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen 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.

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

PESVA02315

L---0106Z0 (52V) 0.12.23

C. SEPA-Lastschriftmandat

Vertragsführende Gesellschaft Allianz Lebensversicherungs-AG
10850 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer DE77ZZZ00000063476

Mandatsnummer Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit.

Antragsnummer/Vertragsnummer _____

Ich ermächtige die vertragsführende Gesellschaft, alle Forderungen zu diesem Vertrag (insbesondere Beiträge, Zinsen, Gebühren) bei Fälligkeit von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Ermächtigung gilt auch für künftig vereinbarte Änderungen zu diesem Vertrag (z. B. Abschluss weiterer Versicherungsbausteine).

Mein Geldinstitut **weise ich an,** die Lastschriften der vertragsführenden Gesellschaft einzulösen, die von meinem Konto eingezogen werden.

Der Lastschrifteinzug wird mir spätestens zwei Bankarbeitstage vor dem ersten Einzug angekündigt.

Ich kann innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Datum der Kontobelastung – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

(Bitte tragen Sie alle Angaben in Großbuchstaben auf die vorgegebenen Linien ein.
Zusätzliche handschriftliche Vermerke können wir leider nicht berücksichtigen.)

Versicherungsnehmer

_____
Name, Vorname (bzw. Firma)

Kontoinhaber (wenn nicht Versicherungsnehmer)

_____
Name, Vorname (bzw. Firma)

_____
Geburtsdatum

_____
Straße, Hausnummer

_____ _____
PLZ Ort

Geldinstitut _____

IBAN

BIC

PESVA02315

L---0106Z0 (52V) 0.12.23

SEPA-Lastschriftmandat

Ich erteile der vertragsführenden Gesellschaft ein SEPA-Lastschriftmandat mit dem auf der vorherigen Seite beschriebenen Inhalt.

Ort, Datum

Unterschrift des **Kontoinhabers**

D. Unterschriften (Bitte mit Name und Vorname.)

Mit der Unterschrift gebe ich die unter **A. aufgeführten Erklärungen einschließlich Werbeeinwilligung (sofern angekreuzt) und der Erklärungen zur Datenverarbeitung** ab.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die **Hinweise unter B. habe ich zur Kenntnis genommen.**
Die Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren **Versicherungsschutz gefährden,** wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Ausführliche Hinweise zu Ihren Anzeigepflichten und den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in den **Versicherungsbedingungen** (Teil B – Pflichten für alle Bausteine) bzw. in der **„Wichtigen Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz".**

Ort/Datum

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Zu versichernde Person
(wenn es sich nicht um den Antragsteller handelt)

gesetzlicher Vertreter (bei minderjährigem VN bzw. VP)

Beitragszahler (soweit nicht identisch mit Antragsteller und kein SEPA-Lastschriftmandat vorliegt)

Vermittler

E. Empfangsbestätigung

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen erhalten und zur Kenntnis genommen:

- Fragen und Angaben zu gefahrerheblichen Umständen zu den von mir beantragten Versicherungen einschließlich der Wichtigen Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (nur bei Einschluss einer Berufsunfähigkeits- oder Hinterbliebenenvorsorge) in Papierform
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Versicherungsinformationen
- Versicherungsbedingungen

Unterschrift **Antragsteller**/
gesetzlicher Vertreter

PESVA02315

L---0106Z0 (52V) 0.12.23