

Lebensversicherung Privat

Allianz BerufsunfähigkeitsPolice

Antrag auf Abschluss einer
Allianz BerufsunfähigkeitsPolice
Allianz BerufsunfähigkeitsPolice Invest
Allianz BerufsunfähigkeitsStartPolice

**Allianz Lebensversicherungs-
Aktiengesellschaft**

Vorsitzender des Aufsichtsrats der
Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft:
Dr. Klaus-Peter Röhler.

Vorstand: Katja de la Viña, Vorsitzende;
Dr. Heinke Conrads, Dr. Alf Neumann, Dr. Volker Priebe,
Dr. Martin Riesner, Dr. Thomas Wiesemann.

Für Umsatzsteuerzwecke: USt-IdNr. DE811150678;
für Versicherungssteuerzwecke:
VersSt.-Nr.: 801/V90801011184
Finanz- und Versicherungsleistungen i.S.d. UStG/
MwStSystRL sind von der Umsatzsteuer befreit.

Hauptverwaltung:
Reinsburgstraße 19,
70178 Stuttgart

Sitz der Gesellschaft: Stuttgart,
Registergericht: Stuttgart, HRB 20231

Antrag auf Abschluss einer

- ergänzenden BerufsunfähigkeitsPolice
zur Lebens-/Rentenversicherung Nr.
- BerufsunfähigkeitsPolice
- BerufsunfähigkeitsPolice Invest
- BerufsunfähigkeitsStartPolice

Persönliche Daten

Antragsteller (VN)	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Anredezusätze	<input type="text"/>	Geburtsdatum
Zuname, Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsort
Straße/Hausnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsland ⁺
Postleitzahl/Ort, Wohnland	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsname ⁺
Straßen-, Ortszusatz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsname ⁺
Telefon ⁺	<input type="text"/>	Fax ⁺ <input type="text"/>	E-Mail ⁺ <input type="text"/>
Familienstand ⁺	<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Eheähnliche Lebensgemeinschaft	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit
Nur ausfüllen, wenn VN ungleich versichernde Person.			
Zu versichernde Person	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Anredezusätze	<input type="text"/>	Geburtsdatum
Zuname, Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsort
Straße/Hausnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsland ⁺
Postleitzahl/Ort, Wohnland	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsname ⁺
Straßen-, Ortszusatz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsname ⁺
Telefon ⁺	<input type="text"/>	Fax ⁺ <input type="text"/>	E-Mail ⁺ <input type="text"/>
Derzeitige berufliche Tätigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit

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 Schweigepflichtbindungserklärung ab. Bitte nutzen Sie das E----0109Z0, wenn eine BU-Rente 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.

Wir als Allianz¹ möchten Sie zu unseren Angeboten aus den Bereichen Versicherung, Vorsorge und Vermögen² sowie zu besonderen Services³ 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 Daten⁴ 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.

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 Arztpraxis-Neuerwerbs mit Darlehensbeginn* innerhalb der letzten sechs Monate? ja

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

- Die beantragte Berufsunfähigkeitsrente beträgt garantiert maximal 1.500 EUR monatlich (inkl. Vorversicherungen mit reduzierter Risikoprüfung)
- Ihr Eintrittsalter beträgt maximal 45 Jahre

Wenn Sie diese Voraussetzungen erfüllen, geben Sie uns bitte auf dem Formular E----0125Z0 weitere Informationen zu Ihrem Beruf und Ihren Gesundheitsverhältnissen.

⁺ Freiwillige Angabe.

* Darlehensbeginn ist das Unterschriftsdatum auf dem Darlehensvertrag.



PESVA02318

ABS

Daten der Versicherung (Um Rückfragen zu vermeiden, fügen Sie bitte die Angebotsberechnung bei!)

Tarifbezeichnung _____ Versicherungsbeginn | | | | |

Eintrittsalter _____ Jahre Versicherungs-/Beitragszahlungsdauer _____ Jahre Endalter _____ Jahre Rentenzahlungsdauer _____ Jahre

Einzel S G IPV StG StU

Zugehörigkeit Finanzdienstleister General- und Hauptvertreter ABV, Pensionäre und Angehörige Mitarbeiter Allianz Innendienst

Rahmenkonstruktion Mitarbeiter Allianz Außendienst Sonstige Berechtigte Mitarbeiter CoBa, Pensionäre und Angehörige

Angehörige von Mitarbeitern und Pensionäre Allianz Innendienst Angehörige von Mitarbeitern und Pensionäre Allianz Außendienst

Makler- und Bankeneigengeschäft (Sonstiger Mitarbeiter)

Beitragszahlung erfolgt monatlich* vierteljährlich halbjährlich jährlich

Rentenzahlung erfolgt monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Ärztliche Untersuchung ja

Zuwachs

Es wird der dynamische Zuwachs von Leistung und Beitrag (bei der BerufsunfähigkeitsStartPolice zu Beginn des 9. Versicherungsjahres) beantragt.
 Wenn kein Zuwachs gewünscht wird, bitte ankreuzen ohne Zuwachs.

Berufsunfähigkeitsvorsorge

Berufsunfähigkeitsvorsorge Plus oder Berufsunfähigkeitsvorsorge

Beitragsbefreiung für diese Versicherung sowie eine Berufsunfähigkeitsrente von EUR

Konstant oder jährlich steigend um 1% 2% 3%

Ohne Karenzzeit oder Mit Karenzzeit von _____ Monaten

Beitrag> EUR> abzgl. Sofortüberschussbeteiligung** = zu zahlender Beitrag> EUR

Pflegezusatzrente inkl. Pflegeanschlussoption (nur bei BU Plus möglich)

Pflegezusatzrente bei Pflegebedürftigkeit:
 Die Höhe der gesamten Pflegezusatzrente entspricht bei Abschluss der vereinbarten gesamten Berufsunfähigkeitsrente. Die garantierte Pflegezusatzrente beträgt maximal 2.000 EUR monatlich.

Pflegeanschlussoption
 Nach Ablauf der Berufsunfähigkeitsvorsorge haben Sie die Möglichkeit ohne erneute Risikoprüfung eine selbstständige Pflegeversicherung zu den dann geltenden Konditionen bei der Allianz Lebensversicherungs-AG abzuschließen. Dies ist auch zu bestimmten Zeitpunkten während der Versicherungsdauer möglich.
 Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ihren Versicherungsbedingungen.

Beitrag> EUR> abzgl. Sofortüberschussbeteiligung** = zu zahlender Beitrag> EUR

Gesamtbeitrag> EUR> abzgl. Sofortüberschussbeteiligung** = zu zahlender Beitrag> EUR

(Bei der BerufsunfähigkeitsStartPolice = Beitrag 1.–3. Jahr)

Außerdem bei der BerufsunfähigkeitsStartPolice:

Jährliche Steigerung in der Aufbauphase 4.–8. Jahr> EUR> abzgl. Sofortüberschussbeteiligung**

= zusätzlich zu zahlender Beitrag in jedem Jahr der Aufbauphase> EUR

Gesamtbeitrag in der Endphase> EUR> abzgl. Sofortüberschussbeteiligung** = zu zahlender Beitrag> EUR

Fonds Auswahl (nur für die BerufsunfähigkeitsPolice Invest)

Anlagestrategie: Die Überschussbeteiligung soll auf folgende Fonds aufgeteilt werden (Die Aufteilung auf maximal 10 Fonds erfolgt in ganzzahligen Prozentsätzen und muss insgesamt 100 % ergeben.)

Fonds:	in % des Anlagebetrages	Fonds:	in % des Anlagebetrages
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Beiträge ab 5.000 EUR werden bis zu 36 Tage nach Vertragsannahme im Allianz PIMCO Geldmarktfonds angelegt.

* Monatliche Beitragszahlung ist nur bei Erteilung einer Einzugsermächtigung möglich.
 ** Die Höhe der Sofortüberschussbeteiligung kann nur für das 1. Versicherungsjahr garantiert werden.

PESVA02318

ABS

Inkasso

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

Beitragszahler _____

Die Beiträge werden bis auf Widerruf bei Fälligkeit gemäß den Angaben unter C. SEPA-Lastschriftmandat auf Seite 8 eingezogen.

Bei Zahlungsart Überweisung ist der Beitrag rechtzeitig (zum Beginnstermin der Versicherung) auf das auf Seite 8 genannte Konto zu überweisen.

Sammel-/Rahmenvertrag Nr. _____ Sammel-/Rahmenvertragspartner (Werksbezeichnung mit Lohn-/Gehalt-Zahlstelle) _____ Personal-Nr. des Antragstellers _____

Der Beitragszahler ist mit den im Sammel-/Rahmenvertrag vereinbarten Zahlungsmodalitäten einverstanden. Soweit Lastschrifteinzug zwingend erforderlich ist, wurde die Einzugsermächtigung erteilt.

Lohnempfänger Gehaltsempfänger Die versicherte Person gehört dem im Sammel-/Rahmenvertrag beschriebenen Personenkreis an.

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

Als Bezugsberechtigter kann 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 Bezugsrechtsänderungen 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 Versicherungsnehmer sich als Bezugsberechtigten benennen. Die Abtretung oder Verpfändung der Versicherung muss rechtlich möglich sein.

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 c) bitte zur Identifizierung Vorname, Name, Geburtsdatum und Adresse angeben.

Angehörigenverhältnis von Bezugsberechtigten im Todesfall 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

Zielmarkt (vom Vermittler auszufüllen)

Der Verkauf erfolgt innerhalb des Zielmarktes ja nein

Falls nein, Begründung: _____

Nebenabreden (Mündliche Abreden sind für die Allianz 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: _____

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 Verwendung von der Schweigepflicht geschützter Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die folgenden Erklärungen wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.

Unsere Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (im Folgenden „Schweigepflicht“). Darum benötigen wir, Ihre Allianz Lebensversicherungs-AG bzw. Allianz Pensionskasse AG, je nachdem an welchen Versicherer sich Ihre Erklärung richtet (im Folgenden „der Versicherer“), als Unternehmen der Lebensversicherung Ihre Entbindung, um 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.

Die folgenden Erklärungen sind für 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 den von der Schweigepflicht geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers

Weitergabe Ihrer von der Schweigepflicht geschützten Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

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

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

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, 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 Entbindung 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 für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste ist den Erklärungen unmittelbar angefügt ^{1*)}. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.allianz.de/hinweise/datenschutz-grundsaeetze/index.html eingesehen oder bei uns (Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin, Telefon 08 00.410 01 04, lebensversicherung@allianz.de) angefordert werden.

Soweit erforderlich, **entbinde ich** die Mitarbeiter der Allianz Deutschland Gruppe und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe der von der Schweigepflicht geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

2. 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 möglich, dass uns der Rückversicherer aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen 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 verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

Soweit erforderlich, **entbinde ich** die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die von der Schweigepflicht geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

In den folgenden Fällen kann es dazu kommen, dass von der Schweigepflicht geschützte Informationen über Ihren Vertrag selbstständigen 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 Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler über die geplante Weitergabe der von der Schweigepflicht geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine von der Schweigepflicht geschützten Vertragsinformationen in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermitteln **und entbinde** die für den Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

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 dem genannten Zweck 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.

^{1*)} Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe, die von der Schweigepflicht geschützte Stammdaten in gemeinsamen DV-Verfahren nutzen:

Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Kunde und Markt GmbH, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz ONE-Business Solutions GmbH, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, Allianz Direct Versicherungs-AG (Konzerngesellschaft der Allianz SE) und Deutsche Lebensversicherungs-AG.

Allianz Konzerngesellschaften (mit * gekennzeichnet) und Dienstleister, die im Auftrag des Versicherers personenbezogene Daten verwenden, die von der Schweigepflicht geschützt sind und/oder Gesundheitsdaten erheben, verarbeiten oder nutzen:

- Allianz ONE-Business Solutions GmbH* (kundennahe Serviceleistungen)
- Allianz Kunde und Markt GmbH* (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen)
- Allianz Deutschland AG* (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen)
- Allianz Technology SE* (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe)
- Allianz Partners GmbH* (Assistancedienstleistungen)
- RehaCare GmbH*, Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Berufe-Service, u.a. Unterstützung bei der Vermittlung einer neuen Tätigkeit und Hilfe bei beruflicher Rehabilitation)
- Relntra GmbH (medizinisch-berufskundlicher Beratungs- und Reintegrationsdienst)
- WDS GmbH (Pflegeberatung)
- VLS Versicherungslogistik GmbH* (Posteingangsbearbeitung)
- KVM ServicePlus - Kunden- und Vertriebsmanagement GmbH* (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- IBM Deutschland GmbH (IT-Wartung)
- Telcon GmbH, Gesellschaft für Telemarketing und Consulting GmbH* (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- Gevekom GmbH, Dresden (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- Pro Claims Solutions GmbH (Unterstützung bei der Leistungsfallbearbeitung)
- IMB Consult GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft Aktiengesellschaft in München (Unterstützung bei der Risiko- oder Leistungsprüfung aufgrund besonderer Sachkunde)
- medicals direct GmbH (Durchführung eines Medizin-Checks bei einer beantragten Leistung von mehr als 400.000 Euro oder Jahresrente von mehr als 30.000 Euro als Alternative zu erforderlichen ärztlichen Untersuchungen)
- IDnow GmbH (zur Dokumentenidentifikation aufgrund Geldwäschegesetz)
- WebID Solutions GmbH (Durchführung des Videoident-Verfahrens zur Identifizierung aufgrund Geldwäschegesetz)
- SCHUFA Holding AG (Durchführung des SCHUFA-Webservice zur Identifizierung aufgrund Geldwäschegesetz)
- Deutsche Post AG (Durchführung des Postident-Verfahrens zur Identifizierung aufgrund Geldwäschegesetz)
- Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
- Entsorgungsunternehmen (datenschutzgerechte Vernichtung von Papierunterlagen)
- Versorgungswerk der Presse GmbH (Versicherungsbetrieb ohne Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung für bei der Presse-Versorgung versicherte und versicherbare Personen)
- Versorgungsverband bundes- und landesgeförderter Unternehmen e.V. als Vertragspartner des Gruppenversicherungsvertrages (Beratung und Betreuung der Mitgliedsunternehmen und deren Mitarbeiter im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung)
- Msg life AG (Verwaltung der Versorgungskonten aus Direktzusagen)

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.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

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

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die Allianz Lebensversicherungs-AG bzw. die Allianz Pensionskasse AG, je nachdem mit welchem Unternehmen der Vertrag geschlossen wird, die Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

Allianz Lebensversicherungs-AG bzw. Allianz Pensionskasse 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 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 Daten¹, 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 Daten¹, 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 berechnete 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).

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.

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 in diesem Antrag sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter [www.allianz.de/datenschutz] entnehmen 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.

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

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

Datenaustausch mit den von Ihnen im Antrag benannten Versicherern

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles zu 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 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 Annahmementscheidungen sind auf statistische Datenmodelle und Expertenwissen gestützt, die kontinuierlich weiterentwickelt werden und die Basis unserer Risikoprüfung bilden.

C. SEPA-Lastschriftmandat

Vertragsführende Gesellschaft

Allianz Lebensversicherungs-AG
10850 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE07ZZZ00000063475

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

Konto der Allianz Lebensversicherungs-AG

Commerzbank, Stuttgart

IBAN DE25600400710541051900
BIC COBADEFF600

Bitte auf dem Überweisungsträger unbedingt vermerken:
Vorname und Name der versicherten Person, Geburtsdatum und Postleitzahl.

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 in Papierform
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Versicherungsinformationen
- Versicherungsbedingungen
- Informationsblätter zu den ausgewählten Fonds

Unterschrift Antragsteller/gesetzlicher Vertreter