

Betriebliche Altersversorgung

Firmen

Gesundheitserklärung
der zu versichernden Person/des Versorgungsberechtigten
im Gruppenvertrag

Allianz 

Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Markus Rieß.
Vorstand: Dr. Maximilian Zimmerer, Vorsitzender;
Dr. Wolfgang Brezina, Dr. Markus Faulhaber, Dr. Michael Hessling,
Rainer Schwarz.

Hauptverwaltung:
Reinsburgstraße 19,
70178 Stuttgart

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

Allianz Pensionskasse AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats der
Allianz Pensionskasse AG: Dr. Michael Hessling.
Vorstand: Jörg Braun, Kai Fischer.

Hauptverwaltung:
Reinsburgstraße 19,
70178 Stuttgart

Sitz der Gesellschaft: Stuttgart,
Registergericht: Stuttgart, HRB 23568

Allianz Pensionsfonds AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats der
Allianz Pensionsfonds AG: Dr. Michael Hessling.
Vorstand: Dr. Markus Arnold, Thomas Grau.

Hauptverwaltung:
Reinsburgstraße 19,
70178 Stuttgart

Sitz der Gesellschaft: Stuttgart,
Registergericht: Stuttgart, HRB 20010

Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (Mitteilung 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 und Wegfall des Versicherungsschutzes

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. Bei einer Lebensversicherung haben Sie zusätzlich Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

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.

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 Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer 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.

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.

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(n) Person(en).

Die Angaben können Sie gegenüber dem Versicherungsvermittler machen, der sie uns dann übermitteln wird. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in der Ihnen ausgehändigten „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“.

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 Versicherungsvertrages mit einer Kapitalleistung von mehr als 300.000 Euro oder einer Jahresrente von mehr als 30.000 Euro. In diesen Fällen müssen Sie uns auch die Ergebnisse oder Daten bereits vorgenommener genetischer Untersuchungen oder Analysen mitteilen, selbst wenn diese allein darauf abzielen, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder künftig mögliche gesundheitliche Störung abzuklären.

Unabhängig davon bleiben Sie jedoch in jedem Fall verpflichtet, uns bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzuzeigen. Dabei ist unerheblich, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Bitte machen Sie immer Angaben zu den für den jeweiligen Tarif relevanten Fragen, wenn eine Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Pflege- oder Hinterbliebenenvorsorge mit Risikoprüfung (einschließlich Kapital bei Unfalltod) neu beantragt oder nachträglich eingeschlossen bzw. erhöht werden soll.

Zur Erleichterung der Beantwortung der einzelnen Fragen haben wir Ihnen vielfach in Klammern auch Beispiele für Krankheiten etc. genannt. Es handelt sich hierbei nicht um abschließende Aufzählungen.

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? _____

In welcher Branche sind Sie tätig? _____

Zu welcher Gruppe gehören Sie? Angestellter/Arbeiter Leitende Angestellte gemäß BetrVG (Prokura) Vorstände (Kapitalgesellschaft)
 Selbstständige Freiberufler
 Arbeitnehmer/Angestellte des Öffentlichen Dienstes Beamte
 Schüler Auszubildende Studenten
 Praktikanten Geringfügig Beschäftigte Arbeitssuchende
 Gefördertes Arbeitsverhältnis (z.B. 1-EUR-Stelle)

Weitere Angaben: vollzeit beschäftigt teilzeit beschäftigt, Std. pro Woche _____ Saisonarbeiter

Bei Selbstständigen: Seit wann sind sie ununterbrochen selbstständig? _____

Sind Sie Berufsanfänger? ja nein (Berufsanfänger sind Personen, die in den letzten 3 Jahren nicht mindestens 24 Monate in ihrem aktuell ausgeübten Beruf tätig waren.)

Bei handwerklichen Berufen: Anteil der körperlichen Tätigkeit in % _____

Sind Sie aufsichtsführend/geschäftsführend tätig? ja nein Wenn ja: Wie viele Personen beaufsichtigen Sie? _____ Personen.

Bei kaufmännischen Berufen:

Verfügen Sie über eine abgeschlossene kaufmännische Ausbildung? ja nein Anteil der Bürotätigkeit in % _____

Bei technischen Berufen: Anteil der Bürotätigkeit in % _____

Höchster Abschluss: Schule Berufsausbildung Studium (Uni, FH, BA)

Bei Studenten: Studienfach _____

2. Zu Auslandsaufenthalten

Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Auslandsaufenthalt von mehr als 6 Monaten anzutreten? ja nein

Falls ja: Wohin? Wann? Wie lange? _____

3. Zu Sport, Hobby und Freizeit

a) Risikolebensversicherung: Üben Sie Aktivitäten mit Unfallgefahr und/oder Verletzungsrisiko aus (z. B. Motorradfahren, Flugsport, Kampfsport, Motorsport, Bergsport, Skitouren, Tauchen, Hochseesegeln)? ja nein

b) Sonstige Tarife: Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Klettern, Drachenfliegen, Gerätetauchen, Wettfahrten)? ja nein

Falls bei a) oder b) ja: Welche? _____

4. Zu den Körpermaßen

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

5. Zum am besten informierten Arzt

Welcher Arzt, Heilpraktiker oder sonstiger Therapeut ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse orientiert?

Name/Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

6. Zur telefonischen Erreichbarkeit

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

Tag: _____ Uhrzeit: _____ Telefon: _____ Telefax: _____

B Gesundheitsfragen bei Einschluss von Beitragsbefreiung bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 5 Jahre.

1. Waren Sie aus gesundheitlichen Gründen mehr als 14 Kalendertage durchgehend nicht in der Lage, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben? ja nein

2. Waren Sie wegen Beschwerden oder Krankheiten des Rückens, des Bewegungsapparates, der Psyche, des Herzens oder des Kreislaufs in Beratung, Behandlung oder Untersuchung bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten, Psychologen oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten? ja nein

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

C Gesundheitsfragen bei Einschluss von Todesfallschutz, Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente oder bei Einschluss von Beitragsbefreiung bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit mit Jahreszahlbeitrag größer 3.000 EUR

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

1. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen (z. B. Laserung der Augen, Arthroskopie) stattgefunden oder sind solche für die nächsten 12 Monate ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? ja nein
2. Konsumieren oder konsumierten Sie in den letzten 10 Jahren Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel? ja nein
Werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen der Folgen von Alkoholgenuß beraten oder behandelt? ja nein
3. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)? ja nein
4. Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, in Behandlung oder zur Untersuchung wegen Krankheiten oder Beschwerden in folgenden Bereichen:
 - a) Herz, Kreislauf (z. B. Erkrankung der Herzkranzgefäße, ärztl. diagnostizierter Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenentzündung)? ja nein
 - b) Atmungsorgane (z. B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma)*)? ja nein
 - c) Verdauungsorgane (z. B. Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber)? ja nein
 - d) Harn-, Geschlechtsorgane (z. B. Nieren, Blase, Unterleib, Brust)? ja nein
 - e) Stoffwechsel (z. B. Diabetes*), erhöhtes Cholesterin von mehr als 250 mg/dl bzw. 6,47 mmol/l, Schilddrüsenerkrankungen)? ja nein
 - f) Blut, Tumorerkrankungen (z. B. Krebs)? ja nein
 - g) Psyche, Gehirn, Nervensystem (z. B. Depressionen, Bulimie, Suizidversuch, Multiple Sklerose)? ja nein
 - h) Entzündliche Gelenks-, Bindegewebserkrankungen (z. B. Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Bechterew)? ja nein
 - i) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (z. B. Tuberkulose, Malaria)? ja nein
5. Haben Sie derzeit oder hatten Sie in den letzten 3 Monaten Beschwerden in einem der unter 4 a) – i) genannten Bereiche? ja nein
6. Werden Ihnen derzeit regelmäßig wegen der unter Nr. 4 und 5 genannten Erkrankungen oder Beschwerden Medikamente verordnet? ja nein
Falls ja: Welche? _____

Zusätzliche Frage bei Risikolebensversicherung

7. Sind Sie Nichtraucher? ja nein
Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung aktiv kein Nikotin durch Rauchen zu sich genommen hat und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben. Rauchen meint das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuß von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen. Bitte beachten Sie hierzu die wichtige Erklärung zum Tabakkonsum der zu versicherten Person!

Nur bei Risikolebensversicherung, wenn zum Tabakkonsum Nichtraucher angegeben wurde.

Wichtige Erklärung zum Tabakkonsum der zu versichernden Person

Ich bin mir bewusst, dass unrichtige Angaben über das Rauchverhalten der zu versichernden Person eine Anzeigepflichtverletzung darstellen, die zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können. Ändert die zu versichernde Person ihren Nichtraucherstatus nach Vertragsabschluss, verpflichte ich mich, diese Gefaherhöhung unverzüglich der Allianz Lebensversicherungs-AG schriftlich mitzuteilen, damit die Versicherung auf den entsprechenden Rauchertarif mit dem dafür erforderlichen Beitrag umgestellt werden kann. Mir ist bewusst, dass es zum Verlust des Versicherungsschutzes führen kann, wenn ich diese Mitteilungspflicht verletze. Im Übrigen ist mir bewusst, dass der Versicherer den Nichtraucherstatus der zu versichernden Person auch während der Vertragslaufzeit überprüfen kann.

*) Falls ja, bitte entsprechenden Fragebogen beantworten.

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

D Zusätzliche Fragen bei Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente oder bei Einschluss von Beitragsbefreiung bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit mit Jahreszahlbeitrag größer 3.000 EUR

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 5 Jahre.

8. Sind oder waren Sie in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein
9. Sind oder waren Sie wegen Rückenbeschwerden (z. B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall) in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung? *) ja nein
10. Sind oder waren Sie in Beratung, Behandlung oder Untersuchung bei Ärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten wegen Krankheiten oder Beschwerden der Kniegelenke (z. B. Meniskus, Bänderverletzung), Hüftgelenke, Schultern oder anderer Stellen im Bewegungsapparat? ja nein
11. Haben oder hatten Sie Unfälle, Knochenbrüche oder Vergiftungen? *) ja nein
12. Leiden oder litten Sie an einer Allergie (z. B. Heuschnupfen)? *) ja nein
Falls ja: Wogegen sind Sie allergisch? _____
Leiden oder litten Sie an Neurodermitis oder sonstigen Hauterkrankungen? ja nein
13. Besteht eine Fehlsichtigkeit von 8 Dioptrien und mehr; haben oder hatten Sie eine sonstige Sehstörung oder Erkrankung der Augen (z. B. grauer oder grüner Star)? *) ja nein
14. Haben oder hatten Sie eine Hörstörung oder Ohrenausen (Tinnitus)? *) ja nein
15. Besteht ein körperliches Gebrechen (z. B. Amputation), ein Organfehler oder eine angeborene Erkrankung? ja nein
16. Beziehen, bezogen oder beantragten Sie eine Rente oder Pension wegen Unfall oder aus gesundheitlichen Gründen? **) ja nein
17. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)? Grad? **) _____% ja nein
18. Haben Sie derzeit oder hatten Sie in den letzten 3 Monaten Beschwerden in einem der unter 8–17 genannten Bereiche? ja nein

*) Falls ja, bitte entsprechenden Fragebogen beantworten.

**) Bitte Bescheid/Rentenbescheid zur Einsichtnahme beifügen!

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

Angaben zur Versicherungssituation (Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeitsvorsorge)

(Angabe nur erforderlich bei BU- oder EU-Vorsorge mit einer jährlichen BU- oder EU-Rente von über 12.000 EUR, einschließlich Vorversicherungen bei der Allianz.)

Hinweis: Bei Arbeitseinkommen bis 50.000 EUR netto jährlich darf die Gesamtabsicherung für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, einschließlich der neu beantragten BU- oder EU-Rente 80% des durchschnittlichen jährlichen Nettoarbeitseinkommens der letzten 3 Jahre nicht übersteigen.

Wie hoch war Ihr durchschnittliches Nettoeinkommen*) der letzten 3 Jahre aus beruflicher Tätigkeit? jährlich _____ EUR

*) Arbeitnehmer: Nettoarbeitseinkommen einschließlich Urlaubs- und Weihnachtsgeld. Selbstständige: Gewinn/Jahresüberschuss (nach Abzug persönlicher Steuern)

Bestehen bei anderen Gesellschaften Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder wurden solche beantragt? ja nein

Wenn ja, bei welchen Gesellschaften und mit welchen Renten?

Gesellschaft: _____ jährlich _____ EUR
_____ jährlich _____ EUR
_____ jährlich _____ EUR
_____ jährlich _____ EUR

Sonstige Anwartschaften

Welche Anwartschaften für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bestehen aus betrieblicher Altersversorgung? jährlich _____ EUR

Welche Anwartschaften bestehen aus berufsständischen Versorgungswerken (z. B. für Ärzte, Rechtsanwälte)? jährlich _____ EUR

I. Bedeutung dieser Erklärungen und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir, Ihr(e) Allianz Versicherer (der Versicherer), insbesondere zur Risikobeurteilung, zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung. Personenbezogene Daten dürfen erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz erlaubt, anordnet oder Sie als Betroffener eingewilligt haben. Um Sie über die Datenverwendung umfassend und lückenlos zu informieren, bezieht sich die nachfolgende Einwilligungserklärung in Ziffer II. auch auf allgemeine personenbezogene Daten, für die das Bundesdatenschutzgesetz eine Einwilligung des Betroffenen nicht zwingend verlangt (wie z. B. Name oder Adresse). Einen weitergehenden Schutz genießen besondere personenbezogene Daten (wie z. B. Ihre Gesundheitsangaben). Wir dürfen sie im Regelfall nur verwenden, soweit Sie eingewilligt haben (Ziffer III.). Mit den in Ziffer II. und III. enthaltenen Erklärungen erteilen Sie zudem die Befugnis zur Verwendung solcher Daten, die dem Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen. Diese Erklärungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich darin ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden:

1. Zur Risikobeurteilung, Vertragsabwicklung und Prüfung der Leistungspflicht durch den Versicherer.
2. Zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.
3. Zur Führung gemeinsamer Datensammlungen mit anderen ausgewählten deutschen Gesellschaften der Allianz Gruppe, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten. Um Ihnen einen umfassenden Versicherungsschutz und andere Finanzdienstleistungen anbieten zu können, arbeiten derzeit folgende ausgewählte deutsche Gesellschaften der Allianz Gruppe zusammen: Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Global Investors Kapitalanlagegesellschaft mbH, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, Deutsche Lebensversicherungs-AG, Euler Hermes Kreditversicherungs-AG, Oldenburgische Landesbank AG, Vereinte Spezial Versicherung AG und Vereinte Spezial Krankenversicherung AG.
4. Zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur dortigen Verwendung durch Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.
5. Durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb der Allianz-Gruppe, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicherzustellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.
6. Zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) im Auftrag für die Versicherer verschlüsselt. Auf Basis dieser Systeme kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.
7. Zur Beratung und Information über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch den Versicherer, andere ausgewählte deutsche Gesellschaften der Allianz Gruppe (Nr. 3) oder den für mich zuständigen Vermittler.

III. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

1. Verwendung von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

a) Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsschluss.

Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer befreie ich zum Zweck der Risikobeurteilung Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass vor Vertragsschluss unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar 10 Jahre vor Abgabe dieser Erklärung. Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann den Abschluss des von mir gewünschten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

b) Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht.

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer befreie ich zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

c) Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung.

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch den Versicherer verwendet werden.

2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen gemäß Ziffer III. Nr. 1 erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (hinsichtlich der Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden. An den PKV-Verband werden im Rahmen der Ziffer II. Nr. 6 keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern eingesehen und verwendet werden (Ziffer II. Nr. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. Nr. 7) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler und den ihn unterstützenden Spezialisten im Außendienst der Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Kranken-, Lebens- oder Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

Ich entbinde den Versicherer sowie weitere Geheimnisverpflichtete von ihrer Schweigepflicht, soweit die Weitergabe meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist.