Allianz Versicherungs-A	.G Vermittlernummer	B-Nr. b	Allians (II)
			Allianz (II)
	Vor-VSNR (Beispiel: 70 / 1234 / 1234567)		Antragsdatum NQ27
Unfallversicherung Antrag und Beratu	, ungsdokumentation		
Antragsteller	☐ Herr ☐ Frau ☐ Firma Anredezusätze ☐ ☐		

Zuname, Vorname Straße, Haus-Nummer Postleitzahl, Ort Straßen-, Ortszusatz Telefon\*) E-Mail\*) Familienstand\*) ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ eheähnl.Lebensgem. Geburtsdatum Ausgeübter Beruf\*) ☐ Öffentlicher Dienst Stellung im Beruf\*) ☐ Arbeiter(in) ☐ Beamter(in) / Richter(in) ☐ Hausfrau / Hausmann ☐ Schüler(in) / Student(in) ☐ Angestellte(r) ☐ Selbstständige(r) ☐ Auszubildende(r) ☐ Rentner(in) / Pensionär(in) ☐ Inhaber(in), Vorstand oder Geschäftsführer(in) von  $\hfill \square$  Die Postanschrift gilt nicht für andere Verträge. Referenz-Versicherungs-Nr.

#### Fragen und Angaben zu gefahrerheblichen Umständen

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen, die der Vermittler uns übermittelt. Sie sind verpflichtet, diese Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernden Personen.

Bitte beachten Sie, dass Sie den Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in den nachfolgenden "Hinweisen zu gefahrerheblichen Umständen in der Unfallversicherung" und unter "Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz".

#### Antragsteil I

 ${\bf Zuver sicher nde \, Personen. \, Der \, Versicher ungsschutz \, wird \, gem\"{a}ß \, Anlage \, f\"{u}r \, die genannten \, Personen \, und \, in \, dem \, angegebenen \, Umfang \, beantragt. \, and \, in \, dem \, angegebenen \, under \, angegebenen \, under \, angegebenen \, under \, under \, under \, angegebenen \, under \, und$ 

# Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Wir sind auf Ihre Angaben angewiesen, um das Risiko richtig einschätzen zu können und den Beitrag in einer angemessenen Höhe zu ermitteln.

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

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

#### 1 Rücktritt

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

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

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- wederfürden 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 Unfallversicherung mit garantierter Beitragsrückzahlung (UBR) 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 Unfallversicherung mit garantierter Beitragsrückzahlung (UBR) wandelt sich der Versicherungsvertrag im Fall der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

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

#### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erstab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

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

Für die Unfallversicherung mit garantierter Beitragsrückzahlung (UBR) gilt zusätzlich: Wenn wir die Versicherungssummen der Unfallversicherung um mehr als 10 % senken, können Sie die Unfallversicherung ebenfalls 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 Lastfällt.

### A. Erklärungen

A.1. Hiermit beantrage ich den Abschluss der unter Teil I dieses Antrags erfassten Versicherung(en). 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.

Ich erkläre zusätzlich Folgendes:

#### $Zus \"{a}tz liche Erkl\"{a}rung \ der \ vollj\"{a}hrigen \ zu \ versichernden \ Person (en) \ bei \ Antrag \ auf \ Abschluss \ einer \ Unfallversicherung \ der \ vollj\"{a}hrigen \ zu \ versichernden \ Person (en) \ bei \ Antrag \ auf \ Abschluss \ einer \ Unfallversicherung \ der \ vollj\"{a}hrigen \ zu \ versichernden \ Person (en) \ bei \ Antrag \ auf \ Abschluss \ einer \ Unfallversicherung \ der \ vollj\"{a}hrigen \ zu \ versichernden \ Person (en) \ bei \ Antrag \ auf \ Abschluss \ einer \ Unfallversicherung \ der \ vollj\"{a}hrigen \ zu \ versichernden \ Person (en) \ bei \ Antrag \ auf \ Abschluss \ einer \ Unfallversicherung \ der \ vollj\"{a}hrigen \ zu \ versichernden \ Person (en) \ bei \ Antrag \ auf \ Abschluss \ einer \ Unfallversicherung \ der \ vollj\"{a}hrigen \ zu \ versichernden \ Person (en) \ bei \ Antrag \ auf \ Abschluss \ einer \ Unfallversicherung \ der \ vollj\"{a}hrigen \ zu \ versichernden \ der \ vollj\"{a}hrigen \ der \ vollj\'{a}hrigen \ der \ vollj\'{a}h$

Von den Angaben des Antragstellers gegenüber dem Vermittler und vom Inhalt dieser Erklärung habe ich Kenntnis.
Stirbt der Antragsteller/Versicherungsnehmer und wird/war die beantragte Versicherung auf meine Person abgeschlossen, gehen, wenn nichts anderes vereinbart ist, alle Rechte und Pflichten auf mich ab diesem Zeitpunkt über.

#### A.2. Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung:

#### Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten für Ihre gewünschte(n) Versicherung(en) erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, Ihr(e) Allianz Versicherer (im Folgenden "der Versicherer"), daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Unsere Mitarbeiter unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (im Folgenden "Schweigepflicht"). Darum benötigen wir als Unternehmen der Unfallversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten 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.

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

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 2.) und,
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.).

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.

#### $1.\ Erhebung, Speicherung\ und\ Nutzung\ der\ von\ Ihnen\ mit geteilten\ Gesundheitsdaten\ durch\ den\ Versicherer$

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 Versicherungsvertrags erforderlich ist.

#### 2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

 $Wir verpflichten die \, nach folgenden \, Stellen \, vertraglich \, auf die \, Einhaltung \, der \, Vorschriften \, \ddot{u}ber \, den \, Datenschutz \, und \, die \, Datensicherheit.$ 

## 2.1. 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 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 für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung nach der Empfangsbestätigung angefügt <sup>1\*</sup>). Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.allianz.de/hinweise/datenschutz-grundsaetze/index.html eingesehen oder bei Ihrem Versicherer (Allianz Versicherungs-AG, 10900 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 15, sachversicherung@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 an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten 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 und anderer von der Schweigepflicht geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 2.2. 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 Versicherungsoder 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, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

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

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – 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 und weitere von der Schweigepflicht geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 2.3. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in den 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 sonstige 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.

#### $3.\ Speicherung\ und\ Verwendung\ Ihrer\ Gesundheitsdaten\ wenn\ der\ Vertrag\ nicht\ zustande\ kommt$

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherer beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und in der Lebensversicherung im HIS bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – 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.

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 abgegebenen Erklärungen zur Datenverarbeitung ab.

## B. Hinweise

#### Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen werden Ihr Antrag, der Versicherungsschein sowie die Ihnen übermittelten Versicherungsbedingungen. Haben Sie auf deren Übermittlung vor Antragstellung verzichtet, erhalten Sie diese zusammen mit dem Versicherungsschein.

#### Widerrufsrecht

Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den "Versicherungsinformationen" entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht erhalten Sie mit dem Versicherungsschein. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, läuft der ursprüngliche Versicherungsvertrag weiter.

#### Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. So können Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z. B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von den Unternehmen der Allianz Deutschland-Gruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.

Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter https://www.allianz.de/datenschutz abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden sie per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an Ihren Versicherer, die Allianz Versicherungs-AG, 10900 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 15 oder sachversicherung@allianz.de.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie bei Ihrem Versicherer geltend machen, bei der Allianz Versicherungs-AG, 10900 Berlin.

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Allianz Deutschland-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

#### Antrag auf Abschluss mehrerer Versicherungsverträge

Beantragen Sie mehrere Versicherungsverträge, sind diese rechtlich selbstständig und werden unabhängig voneinander geführt. Angaben zu den Versicherungsbedingungen und den Vertragslaufzeiten erhalten Sie in den ergänzenden Vertragsunterlagen.

.\_\_\_\_\_

#### C. Unterschriften (Bitte mit Name und Vorname)

Mit der Unterschrift gebe ich die unter A. aufgeführten Erklärungen, einschließlich der Erklärungen zur Datenverarbeitung, ab. Die Hinweise unter B. habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernden Personen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben zu den "Fragen zu gefahrerheblichen Umständen" machen. Ausführliche Hinweise zu Ihren Anzeigepflichten und den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie unter "Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz", die zusammen mit den "Fragen zu gefahrerheblichen Umständen" in Ihren Antragsunterlagen enthalten ist.

Die Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen. Gesetzlich vertretene Personen unterschreiben, wenn sie einsichtsfähig sind, frühestens ab 16 Jahren.

		NQ18			
	Ort, Datum		Antragsteller		
VQ19	zu versichernde Person 1	NQ20	zu versichernde Person 2		
1024		256			
VQ21_	zu versichernde Person 3	156 _	bisheriger Versicherungsnehmer		
NQ25					
	D. Empfangsbestätigung				
Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen zu der/den von mir beantragten Versicherung(en) erhalten:					
	Vordruck dieser "Erklärungen und Hinweise zum Antrag auf Abschluss einer Versicherung"				
	– "Fragen zu gefahrerheblichen Umständen"			_und die	
	Druckstücknummer	inkl.	Stand oder Teil I dieses Antrages		
	"Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach	h § 1	9 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz"		
NQ26					
	Unterschrift Antragsteller / gesetzlicher Vertreter				

## Allianz Versicherungs-Aktiengesellschaft

Allianz Versicherungs-AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Manfred Knof.

Vorstand: Joachim Müller, Vorsitzender;

Rolf Wiswesser, Burkhard Keese, Jens Lison, Joachim Müller,

Mathias Scheuber, Frank Sommerfeld.

Für Umsatzsteuerzwecke: USt-IdNr.: DE 811150709; für Versicherungsteuerzwecke: VersSt-Nr.: 9116/802/00477.

 $Finanz-und Versicherungsleistungen i. S. d. \, UStG/MwStSystRL$ 

sind von der Umsatzsteuer befreit.

Sitz der Gesellschaft: München

Registergericht: Amtsgericht München HRB 75727

#### $\textbf{1}^{\bullet}) \, \underline{\textbf{Gesellschaften}} \, \underline{\textbf{der Allianz Deutschland Gruppe, die von der Schweigepflicht geschützte Stammdaten in gemeinsamen DV-Verfahren nutzen:} \, \underline{\textbf{der Constitution Schweigenschaften der Allianz Deutschland Gruppe, die von der Schweigepflicht geschützte Stammdaten in gemeinsamen DV-Verfahren nutzen:} \, \underline{\textbf{der Constitution Schweigenschaften der Allianz Deutschland Gruppe, die von der Schweigepflicht geschützte Stammdaten in gemeinsamen DV-Verfahren nutzen:} \, \underline{\textbf{der Constitution Schweigenschaften der Allianz Deutschland Gruppe, die von der Schweigepflicht geschützte Stammdaten in gemeinsamen DV-Verfahren nutzen:} \, \underline{\textbf{der Constitution Schweigenschaften der Constitution Schweigenschaften Schweigenschaften der Constitution Schweigenschaften der Constitution$

Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, AllSecur Deutschland AG, Deutsche Lebensversicherungs-AG und Oldenburgische Landesbank AG

 $\underline{Allianz\,Konzerngesellschaften\,(mit\,^*\,gekennzeichnet)\,und\,Dienstleister,\,die\,im\,Auftrag\,des\,Versicherers\,personenbezogene\,Daten\,v}_{erwenden,\,die\,von\,der\,Schweigepflicht\,geschützt\,sind\,und/oder\,Gesundheitsdaten\,erheben,\,verarbeiten\,oder\,nutzen:}$ 

- $\bullet \ Allianz \ Deutschland \ AG* \ (Versicherungsbetrieb \ mit \ Risikopr\"{u}fung, Vertragsverwaltung \ und \ Leistungsbearbeitung)$
- Allianz Managed Operations & Services SE\* (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe)
- AGA Service Deutschland GmbH\* (Assistancedienstleistungen)
- rehacare GmbH\*, Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Reha-Dienstleistungen)
- VLS Versicherungslogistik GmbH\* (Posteingangsbearbeitung)
- KVM ServicePlus Kunden- und Vertriebsmanagement GmbH\* (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- IBM Deutschland GmbH (IT-Wartung)
- Rechtsanwälte Wagner Pauls Kalb (Einzug notleidender Forderungen, Regress, Mahnverfahren)
- Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
- Entsorgungsunternehmen (datenschutzgerechte Vernichtung von Papierunterlagen)

## Verzichtserklärung

Hiermit verzichte ich darauf, dass mir vor Antragstellung di sicherungsbedingungen und die nach der VVG-Information (Versicherungsinformationen und bei Verbrauchern das Pro Versicherung(en) übermittelt werden. Diese Unterlagen er	spflichtenverordnung vorgeschriebenen Informationen oduktinformationsblatt) zu der/den von mir gewünschten
	NQ2
Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller

## Hinweis:

Durch diese Verzichtserklärung wird das gesetzliche Widerrufsrecht nicht beeinträchtigt.

SEPA-Mandat

Allianz Versicherungs-AG 10900 Berlin Mandatsnummer

-Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit -

## **SEPA-Lastschriftmandat**

Ichermächtige 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 fünf Kalendertage vor dem ersten Einzug angekündigt.

- per Fax an 08 00.44 00 101

durch Rückgabe an Ihren Vermittler

- als Scan / Foto an die sachversicherung@allianz.de

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	Vertragsführende Gesellschaft und deren Gläubiger-Identifikationsnummer:
Name, Vorname (bzw. Firma)	☐ Allianz Versicherungs-AG DE10ZZZ00000051878
Kontoinhaber (wenn nicht Versicherungsnehmer)	☐ Allianz Lebensversicherungs-AG DE07ZZZ00000063475
Name, Vorname (bzw. Firma)	☐ Allianz Private Krankenversicherungs-AG DE40ZZZ00000063851
Straße, Hausnummer	☐ Deutsche Lebensversicherungs-AG DE77ZZZ00000063476
PLZ,Ort	☐ Allianz Pensionsfonds AG DE57ZZZ00000085855
	☐ Allianz Pensionskasse AG DE84ZZZ00000085854
Geburtsdatum	
Geldinstitut	
IBAN	
BIC	
Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers
Rücksendemöglichkeiten: – per Post an die Allian	z Versicherungs-AG, 10900 Berlin