

## Versicherungskauffrau

Allianz Hauptvertreterin

Vermittlung von Versicherungen für Unternehmen der Allianz

Vermittlung von Bankprodukten der Allianz Bank, Zweigniederlassung der Oldenburgische Landesbank AG

Pferd Spezial Katja Bachmann - Hauptstr. 200 - 66589 Merchweiler

Kto.: 559 667 707

Blz.: 600 100 70

Postbank Stuttgart

Büro:

Hauptstr. 200

66589 Merchweiler

Tel. 06825 / 923 92 11

Fax: 06825 / 923 92 55

Es schreibt:

Pferd Spezial Team

E-Mail: [info@pferd-spezial.de](mailto:info@pferd-spezial.de)

## Antragsunterlagen für die Pferde OP-Versicherung

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent,

auf den nachfolgenden Seiten finden Sie den Antrag für die Pferde OP-Versicherung.

Bitte füllen Sie diesen aus und senden ihn per Fax, E-Mail oder Post wieder an uns zurück.

Bei Fragen steht Ihnen unser Pferd Spezial Team gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüße

Ihr

Pferd Spezial Team

**Pferd Spezial**Sie erreichen uns unter:  
**0800 / 733 722 711****Tierkrankenversicherung – OP für Pferde  
Antrag und Beratungsdokumentation**

**Versicherungsnehmer**  Herr  Frau Anredezusätze/Adelstitel \_\_\_\_\_

Zuname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nummer \_\_\_\_\_

Straßen-, Ortszusatz \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_ Postfach/Postfach-PLZ\*) \_\_\_\_\_

Telefon\*) \_\_\_\_\_ Fax\*) \_\_\_\_\_ E-Mail\*) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Familienstand\*)  ledig  heiratet  verwitwet  geschieden  eäähnl. Lebensgem.

Geburtsort/Geburtsland\*) \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit\*) \_\_\_\_\_

Referenz-Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_  Die Postanschrift gilt nicht für andere Verträge.

**Antragsteil I**

Angaben zur Ermittlung Ihres Bedarfes an einer Tierkrankenversicherung – OP für Pferde:

 PferdBesonderheiten bei der Beratung: Online-Abschluss, es hat keine Beratung stattgefunden, Beratungsverzicht

Aufgrund Ihrer Angaben haben wir Ihren individuellen Bedarf an einer Tierkrankenversicherung – OP für Pferde besprochen.

**Fragen zu gefahrerheblichen Umständen**

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen, die der Vermittler uns übermittelt. Sie sind verpflichtet, diese Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

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 nachfolgend abgedruckten „Behlehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“.

**Angaben zum Pferd**

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_

Lebensnummer \_\_\_\_\_  Hengst  Wallach  Stute

Rasse \_\_\_\_\_

Farbe \_\_\_\_\_

**Gesundheitserklärung****Hinweis:** Die Fragen in der Gesundheitserklärung sind für die Antragsprüfung vor Aufnahme Ihres Tieres in die Tierkrankenversicherung – OP für Pferde erforderlich. Auch insoweit sind die in den Allgemeinen Bedingungen für die Tierkrankenversicherung – OP für Pferde genannten Leistungsausschlüsse zu berücksichtigen, z. B. sind Kosten für die Behandlung der in der Gesundheitserklärung angegebenen Krankheiten/Unfälle/Fehlentwicklungen, die Ihnen bei Antragstellung bekannt waren, nicht versichert.**1. Eine Tierarztbehandlung fand innerhalb der letzten 36 Monate statt:** ja  nein

- wegen Impfung
- wegen Entwurmung im Rahmen üblicher Vorsorgemaßnahmen
- wegen Krankheit bzw. Unfall (ausgeheilt und Behandlung komplett abgeschlossen)

Diagnose \_\_\_\_\_

 wegen akuter Krankheit bzw. Unfall

Diagnose \_\_\_\_\_

 wegen prophylaktischer Zahnbehandlung wegen mehrmaliger Zahnbehandlung

Ist die Behandlung komplett abgeschlossen?

 ja  nein

Diagnose \_\_\_\_\_

Behandlungsbeginn: \_\_\_\_\_  
(Monat/Jahr)**2. Sind akute, chronische, angeborene, erworbene oder genetisch bedingte Krankheiten oder Fehlentwicklungen des zu versichernden Pferdes (an Haut, Augen, Ohren, Organen, Gelenken etc.) bekannt?** ja  nein akute Krankheiten (soweit nicht unter Ziffer 1 bereits genannt)

Diagnose \_\_\_\_\_

 chronische Krankheiten

Welche? \_\_\_\_\_

 angeborene, erworbene, genetisch bedingte Krankheiten oder Fehlentwicklungen

Welche? \_\_\_\_\_

Behandlungsbeginn: \_\_\_\_\_  
(Monat/Jahr)

3. Hatte Ihr Pferd bereits eine Kolikoperation?

ja  nein

4. Name und Anschrift des Tierarztes

Zuname \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Zusatz \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Land \_\_\_\_\_

Patient seit: \_\_\_\_\_

Wir sind berechtigt, die zur Risikoprüfung, zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte in Bezug auf das versicherte Tier bei den Tierärzten, die das versicherte Tier behandelt oder untersucht haben, einzuholen.

### Beiträge der angebotenen Deckungsumfänge

(1-jährige bzw. 3-jährige Vertragslaufzeit, inkl. Versicherungssteuer)

Als Zahlungsperiode können Sie einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr vereinbaren.

Je länger die Zahlungsperiode ist, für die Sie den Beitrag im Voraus zahlen, umso günstiger wird Ihr Versicherungsschutz.

#### Vertragslaufzeit 1 Jahr

	monatlich	vierteljährlich	halbjährlich	jährlich
<b>Basis</b>	18,14 EUR	53,91 EUR	105,76 EUR	205,35 EUR
<b>Grundschutz</b>	27,05 EUR	80,37 EUR	157,68 EUR	306,16 EUR
<b>SicherheitPlus</b>	38,84 EUR	115,44 EUR	226,48 EUR	439,75 EUR

#### Vertragslaufzeit 3 Jahre

	monatlich	vierteljährlich	halbjährlich	jährlich
<b>Basis</b>	16,33 EUR	48,52 EUR	95,19 EUR	184,82 EUR
<b>Grundschutz</b>	24,34 EUR	72,33 EUR	141,91 EUR	275,54 EUR
<b>SicherheitPlus</b>	34,96 EUR	103,90 EUR	203,84 EUR	395,78 EUR

### Tierkrankenversicherung – OP für Pferde – Deckungsumfänge

In allen Deckungsumfängen: **100% Kostenerstattung** für die in den Versicherungsbedingungen aufgeführten Operationen einschl. Voruntersuchung, Klinikaufenthalt und Nachsorge bis zum 10. Kalendertag. Die Versicherungssumme pro Versicherungsjahr beträgt **10.000 EUR**.

Sie haben sich für folgendes Produkt entschieden  
(ggf. damit nur für eine Teilabsicherung):

Zahlungsperiode  
(jährlich, halb-/vierteljährlich/monatlich)

Beitrag  
(siehe oben)

Tierkrankenversicherung Basis - OP für Pferde

Erstattung der Operationskosten unter **Vollnarkose** nach dem **1-fachen Satz** der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT)

1/ \_\_\_\_\_ jährlich

\_\_\_\_\_ EUR

Tierkrankenversicherung Grundschutz - OP für Pferde

Erstattung der Operationskosten unter **Vollnarkose** nach dem **2-fachen Satz** der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT)

1/ \_\_\_\_\_ jährlich

\_\_\_\_\_ EUR

Tierkrankenversicherung SicherheitPlus - OP für Pferde

Erstattung der Operationskosten unter **Voll- oder Lokalnarkose oder Sedation** nach dem **2-fachen Satz** der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT)

1/ \_\_\_\_\_ jährlich

\_\_\_\_\_ EUR

### Versicherungsbeginn, Vertragsdauer

Als Vertragsdauer können Sie eine Laufzeit von 1 oder 3 Jahren wählen. Versicherungsverträge von mindestens 1-jähriger Dauer verlängern sich nach Ablauf der Vertragsdauer stillschweigend jeweils um 1 Jahr, wenn sie nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wurden. Bei 3-jähriger Dauer wird auf den Beitrag ein Dauernachlass von 10% gewährt. Er ist in den vorstehenden Endbeträgen berücksichtigt.

Vertragsdauer  1 Jahr  3 Jahre

Versicherungsbeginn \_\_\_\_\_

Versicherungsende \_\_\_\_\_

### Hinweis:

Wenn Sie Ihre Tierkrankenversicherung beim Vorversicherer gekündigt haben und Ihre Tierkrankenversicherung – OP für Pferde bei der Allianz nahtlos an Ihre Vorversicherung anschließt, entfällt die Wartezeit insgesamt.

### Besonderheiten

Bündelbonus  Treuebonus Tierkrankenversicherung

Aktionsrabatte aus dem Online-Rechner bitte hier

eintragen: \_\_\_\_\_

### Externe Vorversicherung

Besteht oder bestand für das zu versichernde Tier des Antragstellers eine Tierkrankenversicherung bei anderem Versicherer?

ja  nein

Versicherungsgesellschaft \_\_\_\_\_

Versicherungsscheinnummer \_\_\_\_\_

Versicherung gekündigt?

durch Versicherungsnehmer

durch Versicherer

nein

### Allgemeine Hinweise

#### Beiträge, Zahlungsperiode, Beitragsanpassung, Kosten

Die ausgewiesenen Endbeträge berücksichtigen den Beitrag, Beitragsnachlässe sowie die im Zeitpunkt der Antragstellung gültige Versicherungssteuer. Die Folgebeiträge sind jeweils am 1. des Fälligkeitsmonats zu zahlen.

Auf die Möglichkeit der Beitragsanpassung gemäß Teil C Ihrer Versicherungsbedingungen, Ziffer 5, wurden Sie hingewiesen.

Entsteht aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand (z. B. Mahnkosten, Lastschriftrückläufer), können Ihnen die dadurch verursachten Kosten gesondert pauschal in angemessener Höhe in Rechnung gestellt werden.

#### Beratungsdokumentation

Bitte nehmen Sie den Antrag zu Ihren Versicherungsunterlagen.

Wir dokumentieren damit zugleich Ihre Beratung. Diese Beratung ersetzt keine evtl. erforderliche Rechts- oder Steuerberatung. Bitte prüfen Sie sorgfältig, ob die Angaben in diesem Dokument vollständig und richtig sind und unterrichten Sie uns andernfalls.

## 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 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 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.

##### 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.

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 Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

##### 4. Ausübung unserer Rechte

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

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

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

##### 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.

## Erklärungen und Hinweise zum Antrag auf Abschluss einer Versicherung

### A. Erklärungen

A.1. Hiermit beantrage ich den Abschluss der unter der oben genannten Antragsnummer erfassten Versicherung(en). Die für den Abschluss des Vertrages 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. Bedeutung dieser Erklärungen und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir, Ihr(e) Allianz Versicherer (der Versicherer), insbesondere zur Risikobeurteilung, zur Verhinderung von Versicherungsmisbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Angebotserstellung bzw. Antragsbearbeitung, 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 mit Zugang bei uns 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. Erklärungen 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

- zur Risikobeurteilung, Vertragsabwicklung und Prüfung der Leistungspflicht durch den Versicherer.
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich zur Angebotserstellung bzw. bei Antragsstellung genannt habe.
- zur Führung gemeinsamer Datensammlungen mit anderen ausgewählten deutschen Gesellschaften der Allianz Gruppe, um die Anliegen im Rahmen der Angebotserstellung bzw. Antragsbearbeitung sowie der 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. Derzeit arbeiten 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, AllSecur Deutschland AG, Euler Hermes Kreditversicherungs-AG, Oldenburgische Landesbank 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 Angebotserstellung bzw. Antragsbearbeitung sowie die 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 sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.

6. zur Verhinderung des Versicherungsmisbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft (HIS) und entbinde die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des HIS melden.

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 (nur bei Abschluss einer Unfallversicherung)

Ich willige ein, dass meine vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über meinen Gesundheitszustand im Sinne der Ziffer II. Nr. 1, Nr. 5 (Outsourcing) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden. Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. Nr. 7) dürfen Gesundheitsdaten an meinen Vermittler und den ihn unterstützenden Spezialisten im Außendienst der Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG nur weitergegeben werden, sofern hier- zu im Rahmen der Vertragsgestaltung 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.

#### 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.

A.3. Ich erkläre zusätzlich Folgendes:

##### Einzugsermächtigung

Die Beiträge sollen bis auf Widerruf bei Fälligkeit von dem jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt gegenüber dem Vermittler angegebenen Konto eingezogen werden.

Kontonummer

Bankleitzahl

Geldinstitut

Falls Kontoinhaber abweichend vom Antragsteller:

Name, Vorname abweichender Kontoinhaber

NQ99

Unterschrift abweichender Kontoinhaber

#### Zusätzliche Erklärung der volljährigen zu versichernden Person(en) bei Antrag auf Abschluss einer Unfallversicherung

(nicht relevant in der Gruppenunfallversicherung):

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.

.....

## 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.

### Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben, die der Vermittler an uns weiterleitet. Sie sind verpflichtet, Ihnen übermittelte „Fragen zu gefahrerheblichen Umständen“ nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde(n) Person(en). Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unvollständige oder unrichtige Angaben machen. Ausführliche Hinweise finden Sie in der „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“. Diese erhalten Sie zusammen mit den „Fragen zu gefahrerheblichen Umständen“.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Vermittler

## D. Empfangsbestätigungen

### D.1. Empfangsbestätigung

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen zu \_\_\_\_\_ von mir beantragten Versicherungen erhalten:

- Vordruck dieser „Erklärungen und Hinweise zum Abschluss einer Versicherung“
- „Fragen zu gefahrerheblichen Umständen“ \_\_\_\_\_ und die \_\_\_\_\_ Nummer inkl. Steuer- und Vertragsnummer
- „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ (*nur bei Privatversicherung, -Haftpflichtversicherung, -Kfz-Versicherung*)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/gesetzlicher Vertreter

### D.2. Zusätzliche Empfangsbestätigung, falls kein Verbraucher wurde

Ich habe vor Antragstellung außerdem folgende Unterlagen zu \_\_\_\_\_ von mir beantragten Versicherung/en erhalten:

- Produktinformationsblatt (*nur bei Verbrauchern*)
- „Versicherungsinformationen“
- Versicherungsbedingungen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/gesetzlicher Vertreter

## Verzichtserklärung

Hiermit verzichte ich darauf, dass mir vor Antragstellung die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die nach der VVG-Informationspflichtenverordnung vorgeschriebenen Informationen (Versicherungsinformationen und bei Verbrauchern das Produktinformationsblatt) zu der/den von mir gewünschten Versicherung(en) übermittelt werden. Diese Unterlagen erhalte ich zusammen mit dem Versicherungsschein.

Ort, Datum

NQ2

X

Unterschrift Antragsteller / gesetzlicher Vertreter

### Hinweis:

Durch diese Verzichtserklärung wird das gesetzliche Widerrufsrecht nicht beeinträchtigt.

**Mandatsnummer**

Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit

**Antragsnummer / Vertragsnummer**

## SEPA-Lastschriftmandat

**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 fünf Kalendertage 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)

**Vertragsführende Gesellschaft mit Gläubiger-Identifikationsnummer:**

- Allianz Versicherungs-AG  
DE10ZZZ00000051878
- Allianz Lebensversicherungs-AG  
DE07ZZZ00000063475
- Allianz Private Krankenversicherungs-AG  
DE40ZZZ00000063851
- Deutsche Lebensversicherungs-AG  
DE77ZZZ00000063476
- Allianz Pensionsfonds AG  
DE57ZZZ00000085855

**Kontoinhaber** (wenn nicht Versicherungsnehmer)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (bzw. Firma)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort



**Geldinstitut**

\_\_\_\_\_

**IBAN**

\_\_\_\_\_

**BIC**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum