

Lebensversicherung Privat

Allianz Berufsunfähigkeits-Police Invest

Antrag auf Abschluss einer
BerufsunfähigkeitsPolice Invest



Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats der
Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft: Dr. Gerhard Rupprecht
Vorstand: Dr. Maximilian Zimmerer, Vorsitzender;
Dr. Michael Hessling, Dr. Eckhard Hütter, Ulrich Schumacher

Hauptverwaltung:
Reinsburgstraße 19,
70178 Stuttgart

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

**Antrag auf Abschluss einer
BerufsunfähigkeitsPolice Invest**

Tarifbezeichnung

Antragsteller (Vers.-Nehmer) ☐ Herr ☐ Frau Anredezusätze		Geburtsdatum	
Zuname, Vorname		Geburtsort	
Straße/Hausnummer		Geburtsname	
Postleitzahl/Ort		Staatsangehörigkeit	
Straßen-, Ortszusatz			
Telefon ⁺	Fax ⁺	E-Mail ⁺	
Familienstand ⁺	☐ Ledig	☐ Verheiratet	☐ Verwitwet ☐ Eheähnliche Lebensgemeinschaft

Erklärung nach dem Geldwäsche-GesetzIch handle für eigene Rechnung ☐ Ich handle für Rechnung von (bitte Erklärung EV 783 beifügen)

Zu versichernde Person ☐ Herr ☐ Frau Anredezusätze		Geburtsdatum	
Zuname, Vorname		Geburtsort	
Straße/Hausnummer		Geburtsname	
Postleitzahl/Ort		Staatsangehörigkeit	
Straßen-, Ortszusatz			
Derzeitige berufliche Tätigkeit			

Bitte machen Sie genauere Angaben zu Ihrer beruflichen Tätigkeit auf dem Formular E---- 010920.

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.

Einzugsermächtigung

Zuname, Vorname und Anschrift des Beitragszahlers (Nur ausfüllen, wenn der Beitragszahler nicht der Antragsteller (Vers.-Nehmer) ist.)

Beitragszahler
Die Beiträge werden bis auf Widerruf bei Fälligkeit von dem angegebenen Konto eingezogen.
Wenn die Lastschriften nicht von einem Konto des Versicherungsnehmers innerhalb der EU erfolgen oder wenn die Beiträge per Überweisung oder Scheck entrichtet werden, bitte Erklärung EV 783 beifügen.

Konto-Nr. (kein Sparkonto)	Bankleitzahl	Name des Geldinstitutes

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.**Technische Daten der Versicherung**

Versicherungsbeginn 1. -----

Eintrittsalter	Versicherungs-/Beitragszahlungsdauer	Rentenzahlungsdauer
----- Jahre	----- Jahre	----- Jahre
☐ Einzel ☐ S	☐ G ☐ IPV	☐ St ☐ U
Beitragszahlung erfolgt	☐ monatlich** ☐ vierteljährlich	☐ halbjährlich ☐ jährlich
Rentenzahlung erfolgt	☐ monatlich ☐ vierteljährlich	☐ halbjährlich ☐ jährlich
Ärztliche Untersuchung	☐ ja	

⁺Freiwillige Angabe.^{**}Monatliche Beitragszahlung ist nur bei Erteilung einer Einzugsermächtigung möglich.

Berufsunfähigkeitsvorsorge

☐ Berufsunfähigkeitsvorsorge Plus oder Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit und Berufsunfähigkeitsrente

☐ Berufsunfähigkeitsvorsorge

EUR

Konstant oder jährlich steigend um ☐ 1% ☐ 2% ☐ 3%

☐ Ohne Karenzzeit ☐ Mit Karenzzeit von Monaten

Kapitalzahlung aus der Überschussbeteiligung bei Tod in der Versicherungsdauer oder bei Ablauf der Versicherungsdauer
Einmaliges Kapital in Höhe des Policenwerts

Beitrag

EUR

Zuwachs

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

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-dit Geldmarktfonds-A angelegt.
Die Informationsblätter zu den ausgewählten Fonds habe ich erhalten.

Empfänger der Versicherungsleistungen

Bezugsberechtigte für alle Versicherungsleistungen einschließlich der Leistung aus der Überschussbeteiligung und den Fonds:

a) ☐ Solange die versicherte Person lebt: der Versicherungsnehmer

b) ☐ ► (nur ausfüllen wenn a) nicht gewünscht wird)

c) ☐ Bei Tod der versicherten Person: der dann mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner

d) ☐ ► (nur ausfüllen wenn c) nicht gewünscht wird)

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

☐ Freischaltung zum Allianz Online-Service

Hiermit beantrage ich alle Verträge bei Gesellschaften der Allianz-Gruppe unter www.allianz.de im Rahmen von „Meine Allianz-Verträge & Konten“ frei zu schalten.

Mit der Unterschrift gebe ich die unter A. aufgeführten Erklärungen einschließlich 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.

Unterschriften (Bitte mit Vor- und Zunamen, ggf. Geburtsnamen.) Die Informationen zu meinem(n) ausgewählten Fonds habe ich einsehen können.

Ort/Datum

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

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

Gesetzliche Vertreter (bei Minderjährigen)

Beitragszahler (wenn es sich nicht um den Antragsteller handelt)

Vermittler

Empfangsbestätigung

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen erhalten:

- Fragen und Angaben zu gefährerheblichen Umständen zu den von mir beantragten Versicherungen einschließlich der Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (nur bei Einschluss einer Berufsunfähigkeits- oder Hinterbliebenenvorsorge)
- Produktinformationsblatt
- Versicherungsinformationen
- Vertragsbestimmungen

Unterschrift Antragsteller/gesetzlicher Vertreter

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. 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).

Mit den in Ziffer II. 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. Derzeit arbeiten folgende ausgewählte deutsche Gesellschaften der Allianz Gruppe zusammen: Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Dresdner Bauspar AG, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Global Investors Kapitalanlagegesellschaft mbH, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Deutsche Lebensversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, DEGI Deutsche Gesellschaft für Immobilienfonds mbH, Dresdner Bank AG, Dresdner Finanzberatungsgesellschaft mbH, Euler Hermes Kreditversicherungs-AG, Fondsdepot Bank GmbH, Oldenburgische Landesbank AG und Reuschel & Co. KG.

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 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 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. Im Bereich der privaten Kranken- und Pflegeversicherung können zu den vorgenannten Zwecken Anfragen über den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) an andere private Krankenversicherungsunternehmen gerichtet werden. 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.

B. Hinweise

Vertragsgrundlagen

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

Widerrufsrecht

Sie können Ihren Antrag innerhalb von 30 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins, der Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen, des Produktinformationsblattes, der Versicherungsinformationen und der Belehrung über das Widerrufsrecht sowie Rechtsfolgen des Widerrufs in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht sowie die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so 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 und Angaben 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 unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Ausführliche Hinweise finden Sie in der „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“. Diese erhalten Sie zusammen mit den „Fragen und Angaben zu gefahrerheblichen Umständen“.

Verzicht auf Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Vertragsinformationen vor Antragstellung

Hiermit verzichte ich darauf, dass mir vor Antragstellung die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Vertragsinformationen (Produktinformationsblatt und Versicherungsinformationen) zu der von mir beantragten Versicherung übermittelt werden. Diese Unterlagen erhalte ich zusammen mit dem Versicherungsschein.

Unterschrift Antragsteller/gesetzlicher Vertreter

L-----01'150Z0

(18V) 5.01.08