

Krankenversicherten-Verein e.V.
gemeinnütziger Verein zur Unterstützung
der Krankenversicherten (KVV)

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum »Krankenversicherten-Verein e.V. (KVV)«. Gleichzeitig erkläre ich meinen Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag 6/183454. Mit dem Abschluss einer Versicherung auf mein Leben durch den Verein im Rahmen des o. g. Gruppenversicherungsvertrages bin ich einverstanden. Ich bevollmächtige den Verein zur Abgabe und Entgegennahme aller das Versicherungsverhältnis betreffenden Willenserklärungen gegenüber der Allianz Lebensversicherungs-AG. Die Bevollmächtigung erstreckt sich jedoch nicht auf die Empfangnahme von Versicherungsleistungen und auf die Änderung des Bezugsrechts.

Angaben zur beantragten Versicherung

Zu versichernde Person (Versicherungsnehmer)

Herr Frau Anredezusätze _____
Zuname, Vorname _____
Straße/Hausnummer _____
Postleitzahl/Ort _____
Straßen-, Ortszusatz _____
Telefon+ _____ Fax+ _____ E-Mail+ _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
Geburtsname _____ Staatsangehörigkeit _____
Familienstand+ Ledig Verheiratet Verwitwet Eheähnliche Lebensgemeinschaft

Angaben zum Beruf der zu versichernden Person

Derzeitige berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung) _____
Branche _____

Tarif: L1M – Männer – bzw. L1F – Frauen – im Tarifbereich S als Zukunftskapital

Das Garantiekapital zuzüglich der Überschussbeteiligung wird fällig bei Tod.

- Garantiekapital: 3.000 EUR
 Garantiekapital: 5.000 EUR
 Garantiekapital: 7.500 EUR

Beitrag: _____ EUR

- Beitragszahlung:
 Beitragszahlung bis zum Endalter 65 Jahre
(nur möglich bis Eintrittsalter 59 Jahre)
 Beitragszahlungsdauer 5 Jahre

Zahlungsweise: 1/1 1/2 1/4 1/12 jährlich Versicherungsbeginn: 1. _____

Ich habe bereits anderweitig eine Todesfallversicherung (Sterbegeld) im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen ja nein (auf das Leben einer Person dürfen insgesamt maximal 7.500 EUR als Sterbegeld im Rahmen von Vereins-Gruppenversicherungsverträgen abgeschlossen werden).

Erklärung nach dem Geldwäsche-Gesetz

Ich handle für eigene Rechnung Ich handle für Rechnung von _____ (bitte Erklärung EV 783 beifügen)

Bezugsrecht

Bezugsberechtigter für die Versicherungsleistungen (einschließlich der Leistung aus der Überschussbeteiligung) im Ablebensfall soll sein:

Erklärung der zu versichernden Person

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar an die Allianz Lebensversicherungs-AG schriftlich nachzuholen.

Haben oder hatten Sie innerhalb der letzten 3 Jahre Beschwerden oder Krankheiten?

(z. B. Herz oder Kreislauf, Atmungs- oder Verdauungsorgane, Stoffwechsel, Tumoren, Nerven, Diabetes) ja nein

Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion (z. B. durch einen AIDS-Test) festgestellt? ja nein

Nahmen oder nehmen Sie Drogen, Betäubungs- oder Rauschmittel? ja nein

Wurden oder werden Sie wegen der Folgen von Alkoholgenuss beraten oder behandelt? ja nein

Wenn Sie mindestens eine dieser Fragen bejaht haben, benötigen wir eine Gesundheitserklärung (E 109).

Lastschriftermächtigung

Ich ermächtige den Verein bis auf Widerruf, den jeweils fälligen Versicherungsbeitrag zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

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

Wichtig für den Antragsteller und die zu versichernde Person (Datenschutz):

Der umseitigen Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung und der Schweigepflichtentbindungserklärung stimme ich zu.

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite insbesondere die „Wichtigen Schlusserklärungen“ und die „Wichtigen Hinweise“. Die „Wichtigen Schlusserklärungen“ enthalten auch eine Ermächtigung zur Entbindung von der Schweigepflicht; die „Wichtigen Hinweise“ betreffen unter anderem Ihr Widerspruchsrecht. Durch Ihre Unterschrift machen Sie die Erklärungen, die Hinweise und die Vereinbarungen zum Inhalt dieses Antrags.

Unterschriften (Bitte mit Vor- und Zunamen, ggf. Geburtsnamen.)

Ort/Datum

Zu versichernde Person (bei Minderjährigen
zusätzlich die der gesetzlichen Vertreter)

Vermittler

+Freiwillige Angabe.

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 Versicherungsmisbrauch, 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 Versicherungsmisbrauchs 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.

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, gesetzliche Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antrag-

stellung 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 bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend - und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. 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 beantragten 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.

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 gefährerheblichen 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 gefährerheblichen Umständen“.

Erläuterung zum Tarif

L1M/F: Die Gesamtleistung wird fällig bei Tod.
Das maximale Eintrittsalter beträgt 70 Jahre.

Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats: 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