

RISIKOLEBENSVERSICHERUNG

Ist ein bestehender Vertrag vorhanden? ja nein

Wenn ja:

Gesellschaft *

Tarif *

Versicherungsschein-Nr. *

Versicherungsbeginn *

Zahlungsweise monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Beitrag per Zahlungsweise in € *

LEISTUNGEN DES BESTEHENDEN VERTRAGES / GEWÜNSCHTE LEISTUNGEN

Leistungswunsch Grundschatz Komfortschutz Topschutz

Versicherungssumme in € *

Leistung bei Tod * Auszahlung der Versicherungssumme Verrentung der Versicherungssumme

Lebenslange Rente * ja nein

* = Pflichtfeld

2. Zu Auslandsaufenthalten

Beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten länger als 6 Monate im außereuropäischen Ausland aufzuhalten? ja nein

Falls ja: Wo? Wann? Wie lange? _____

3. Freizeitaktivitäten

Üben Sie Aktivitäten mit einem höheren Verletzungsrisiko aus als bei Breitensportarten üblich (z. B. Motorradfahren, Wintersport, Klettern/Bergsport, Tauchen, Reiten, Motorsport, Fliegen)? ja nein

Falls 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 sonstige nichtärztliche Therapeut ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert?

Name/Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

6. Zur telefonischen Erreichbarkeit

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

Tag: _____ Uhrzeit: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____

B Gesundheitsfragen bei Einschluss von Todesfallschutz mit oder ohne Beitragsbefreiung BU

Hinweis: Sofern eine BU-Rente mit eingeschlossen werden soll, verwenden Sie bitte das Druckstück E----0109Z0.

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

1. Sind Sie **derzeit in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung** (bei Ärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten, Psychologen oder Psychotherapeuten)? ja nein

2. Werden Ihnen **derzeit verschreibungspflichtige Medikamente verordnet**? ja nein

Darunter fallen alle Arten von verschreibungspflichtigen Medikamenten, unabhängig von der Darreichungsform (z. B. Tabletten, Spritzen, Salben); nicht anzugeben sind: Verhütungsmittel und Schilddrüsenhormonpräparate.

Falls ja: Welche? _____

3. Waren Sie in den **letzten 5 Jahren in der gleichen Angelegenheit mindestens 4 mal oder länger als 4 Wochen** wegen Erkrankungen, Verletzungen oder Beschwerden bei **Ärzten oder Therapeuten** (z. B. Heilpraktiker, Physiotherapeuten oder Psychotherapeuten) in Behandlung, Untersuchung oder Beratung? ja nein

Nicht anzugeben sind:

- Atemwegsallergien (z. B. Heuschnupfen) ohne Asthma,
- Erkältungskrankheiten, die folgenlos ausheilen (z. B. Erkältungsschnupfen, Halsentzündung, Nasennebenhöhlenentzündung, Kehlkopf- oder Luftröhrenentzündung, gripplaler Infekt),
- Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, die folgenlos ausheilen,
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten,
- Operationen ohne Komplikationen und Folgen an Blinddarm, Mandeln oder Nasenscheidewand,
- Pilzkrankungen (Nagelpilz, Fußpilz),
- Schwangerschaften, Maßnahmen in der Reproduktionsmedizin,
- Sportverletzungen, die ohne Folgen ausgeheilt sind,
- Über-/Unterfunktion der Schilddrüse,
- Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Hautkrebsvorsorge, gynäkologische Vorsorgeuntersuchung), die ohne krankhaften Befund blieben,
- zahnärztliche Behandlungen.

Hinweis: Sofern Sie eine oder mehrere der Fragen 1.–3. bejaht haben oder bei Einschluss von Todesfallschutz ab 200.001 EUR Todesfallleistung, bitte den gesamten Fragenblock C beantworten.

4. Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu?

a) Ich wurde in den **letzten 10 Jahren stationär behandelt** oder mir wurde eine **stationäre Behandlung** in den **nächsten 12 Monaten** ärztlich oder therapeutisch empfohlen. ja nein
(Nicht anzugeben sind folgenlos ausgeheilte Unfall-, Sportverletzungs- und Blinddarm-Operationen.)

b) Ich wurde in den **letzten 10 Jahren** wegen **Alkoholgenuss** ärztlich beraten oder behandelt. ja nein

c) Ich wurde in den **letzten 10 Jahren** wegen des Konsums von **Drogen oder Betäubungsmitteln** ärztlich beraten oder behandelt. ja nein

d) Bei mir wurde eine **Krebserkrankung** festgestellt. ja nein

e) Bei mir wurde eine **HIV-Infektion** festgestellt. ja nein

f) Ich habe einen **Suizidversuch** unternommen. ja nein

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

5. Angabe zum Rauchverhalten bei Risikolebensversicherung und/oder Beitragsbefreiung BU (bitte die zutreffende Aussage ankreuzen):

Ich bin seit mindestens 10 Jahren Nichtraucher.
Mindestens 10 Jahre Nichtraucher ist, wer in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung nicht aktiv geraucht hat und auch beabsichtigt, in Zukunft nicht zu rauchen.

Ich bin seit mindestens 1 Jahr Nichtraucher.
Mindestens 1 Jahr Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung nicht aktiv geraucht hat und auch beabsichtigt, in Zukunft nicht zu rauchen.

Ich bin Raucher.
Raucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung aktiv geraucht hat.

Rauchen meint zum einen das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen. Zum anderen fällt unter das Rauchen auch die Verwendung elektrischer Verdampfer und Erhitzer, wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen oder Tabakerhitzer (Heat-not-burn), die Verwendung von Wasserpfeifen (zum Beispiel Shisha) sowie das Konsumieren von Schnupf- und Oraltabak (zum Beispiel Snus).

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 kann.

Für die Risikolebensversicherung gilt:

Ändert die zu versichernde Person ihren Nichtraucherstatus nach Vertragsabschluss, verpflichte ich mich, diese Gefahrerhöhung unverzüglich der Allianz Lebensversicherungs-AG bzw. der Deutschen Lebensversicherungs-AG schriftlich mitzuteilen, damit die Versicherung auf den entsprechenden Rauchertarif mit dem dafür erforderlichen Beitrag umgestellt werden kann. Mir ist bewusst, dass es zur rückwirkenden Prämienhöhung oder Reduzierung des vertraglich vereinbarten Garantiekapitals 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.

C Gesundheitsfragen sofern mindestens eine der Fragen 1.–3. im Fragenblock B bejaht wurde oder bei Einschluss von Todesfallschutz ab 200.001 EUR Todesfallleistung (inkl. Vorversicherungen) oder bei Einschluss einer Pflegevorsorge

6. Waren Sie in den **letzten 3 Jahren** bei **Ärzten** oder **Therapeuten** (z. B. Heilpraktiker oder Physiotherapeuten) in Behandlung, Beratung oder Untersuchung wegen Krankheiten oder Beschwerden in den 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, Geschlechtskrankheiten)?* ja nein
 - e) **Stoffwechsel** (z. B. Diabetes*, erhöhtes Cholesterin von mehr als 250 mg/dl bzw. 6,47 mmol/l, Schilddrüsenerkrankungen)?* ja nein
 - f) **Bluterkrankungen** (z. B. Bluter, Eisenmangelanämie)? ja nein
 - g) **Entzündliche Gelenks-, Bindegewebserkrankungen** (z. B. Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Bechterew)?* ja nein
 - h) **Infektionen** (z. B. COVID-19, Hepatitis, Tuberkulose)? ja nein
7. Waren Sie in den **letzten 5 Jahren** bei **Ärzten** oder **Therapeuten** (Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktikern) aufgrund der **Psyche** (z. B. Depression), des **Gehirns** (z. B. Migräne) oder des **Nervensystems** (z. B. Multiple Sklerose) in Behandlung, Beratung oder Untersuchung?* ja nein

* 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 Angaben zur Versicherungssituation ab 500.001 EUR Todesfallleistung (inkl. Vorversicherungen)

Hinweis: Maßgebend zur Ermittlung der Todesfallsumme ist die Gesamtleistung, ggf. inkl. Bonus (bei Allianz Leben gilt die garantierte Leistung).

Angaben zur Versicherungssituation und Versicherungszweck

Besteht bei anderen Gesellschaften für Sie noch weiterer Versicherungsschutz für den Todesfall oder ist dieser beantragt? ja nein
 Falls ja: Welche Todesfallleistungen (inkl. Unfalltod) haben Sie bereits versichert oder beantragt? ja nein
 Gesellschaft Todesfallleistung in EUR Versicherungszweck bestehend aktuell beantragt

Gesellschaft	Todesfallleistung in EUR	Versicherungszweck	bestehend	aktuell beantragt
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche besonderen Gründe liegen für den beantragten Versicherungsschutz vor (Versicherungszweck)?

- Hinterbliebenenvorsorge/-schutz private Darlehens-/Kreditabsicherung geschäftliche Darlehens-/Kreditabsicherung
- Erbschaftssteuerabsicherung Keyman-/Schlüsselkraftabsicherung Firmenrückdeckungsversicherung
- sonstiges: _____

Bei Kreditabsicherung: Höhe des Darlehens: _____ EUR Laufzeit des Darlehens: _____ Jahre

Angaben zum Arbeitseinkommen

Wie hoch war Ihr **Bruttoarbeitseinkommen** der letzten 3 Jahre?

(Zum Bruttoarbeitseinkommen zählen Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit, selbstständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb.

Einkommen aus Vermietung und Verpachtung werden bspw. nicht berücksichtigt.)

- Arbeitnehmer: Bruttoarbeitseinkommen einschließlich Urlaubs- und Weihnachtsgeld
- Selbstständige: Gewinn/Jahresüberschuss vor Abzug persönlicher Steuern
- Berufsanfänger/Existenzgründer: Aktuelles Bruttoarbeitseinkommen auf Jahresbetrag umgerechnet

20 ____ : _____ EUR 20 ____ : _____ EUR 20 ____ : _____ EUR

Hinweis: Bei einer Todesfallleistung ab 1.000.001 EUR (inkl. Vorversicherungen) bitte Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre und geeignete Unterlagen zum Bedarfsnachweis beilegen (z. B. Darlehenszusage bei Kreditabsicherung).

E Ergänzende Gesundheitsangaben

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen der Fragenblöcke B oder C bejaht haben, benötigen wir folgende Angaben (ggf. gesondertes Blatt verwenden).

Art, Verlauf, Folgen (z. B. Krankheit, Verletzung)? Wann? Wie oft? Behandelnde Ärzte, Heilpraktiker, nichtärztliche Therapeuten, Ergebnis der Untersuchung? Wie lange? Krankenhäuser, Heilstätten, Kuranstalten mit Anschrift

Soweit zu Gesundheitsfragen Details erforderlich sind: >Stehe Beiblatt Gesundheit<		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

F Anlagen zu den Gesundheitsangaben

Die Angaben zu den Gesundheitsangaben sind vollständig, es folgen keine nachträglichen Angaben.

Wenn Sie zusätzliche Angaben machen wollen, bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Anlagen liegen bei Anlagen werden nachgereicht