



**B Gesundheitsfragen bei Einschluss von Beitragsbefreiung bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, sofern keine Wartezeit vereinbart werden kann oder bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente zur Beitragssicherung (Beitragssicherung für Riester) mit Jahreszahlbeitrag bis einschließlich 3.000 EUR**

**Die Fragen beziehen sich auf die letzten 5 Jahre:**

1. Waren Sie aus gesundheitlichen Gründen **mehr als 14 Kalendertage** durchgehend nicht in der Lage, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben?  ja  nein
2. Waren Sie wegen Beschwerden oder Krankheiten des **Rückens**, des **Bewegungsapparates**, der **Psyche**, des **Herzens** oder des **Kreislaufs** in Beratung, Behandlung oder Untersuchung bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten, Psychologen oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten?  ja  nein
- Haben Sie **eine oder beide Fragen mit ja beantwortet** oder ist der Jahreszahlbeitrag für die gesamte beantragte Versicherung höher als **3.000 EUR**, beantworten Sie bitte die **gesamten Fragenblöcke C, D und E**.

**C Gesundheitsfragen bei Einschluss von Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, ggf. auch mit optionalem Einschluss von Hinterbliebenenvorsorge oder bei Einschluss von Beitragsbefreiung bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit mit Jahreszahlbeitrag größer 3.000 EUR**

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

Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand:

- 1) Haben Sie eine oder mehrere der folgenden **Erkrankungen**?  ja  nein
- Allergie (z. B. Heuschnupfen)
  - Erkrankung der Haut (z. B. Neurodermitis)
  - Erkrankung der Augen (z. B. grauer oder grüner Star, Fehlsichtigkeit ab 8 Dioptrien)
  - Erkrankung der Ohren (z. B. Hörstörung, Tinnitus)

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 3 Jahre:

- 2) Waren Sie bei **Ärzten** oder **Therapeuten** (Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Heilpraktikern) in Behandlung, Untersuchung oder Beratung wegen Erkrankungen in den folgenden Bereichen?
- Nicht zu berücksichtigen sind: Arztbesuche wegen akuter Erkältungskrankheiten, akuter Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, zahnärztliche Behandlungen, Schwangerschaft/Geburt.*
- a) **Sinnesorgane\*** (z. B. Netzhautablösung, Sehnerv-Entzündung, Hörsturz)  ja  nein
- b) **Allergien\*** (z. B. allergisches Asthma, Nahrungsmittelallergien, Kontaktallergien)  ja  nein
- c) **Blut** (z. B. Bluter, Gerinnungsstörung)  ja  nein
- d) **Herz, Kreislauf** (z. B. Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenentzündung)  ja  nein
- e) **Atmungsorgane\*** (z. B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma)  ja  nein
- f) **Verdauungsorgane\*** (z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Bauchspeicheldrüsenentzündung)  ja  nein
- g) **Harn-, Geschlechtsorgane** (z. B. Nierenzysten, Unterleibs- und Brusterkrankung)  ja  nein
- h) **Haut\*** (z. B. Ekzeme, Hautkrebs)  ja  nein
- i) **Infektionen** (z. B. COVID-19, Hepatitis, Tuberkulose)  ja  nein
- j) **Bewegungsapparat\*** (z. B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskus-/Bänderverletzung, Rheuma)  ja  nein
- k) **Stoffwechsel\*** (z. B. Diabetes, erhöhtes Cholesterin von mehr als 250mg/dl, Schilddrüsenerkrankungen)  ja  nein

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 5 Jahre:

- 3) Waren Sie 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
- 4) **Wurden Ihnen Medikamente verordnet**, die über einen Zeitraum von mehr als 4 Wochen eingenommen oder angewandt wurden?  ja  nein
- Darunter fallen alle Arten von verschreibungspflichtigen Medikamenten, unabhängig von der Darreichungsform (z. B. Tabletten, Spritzen, Salben); nicht gemeint sind Verhütungsmittel und Schilddrüsenhormonpräparate.*
- 5) Sind oder waren Sie länger als **drei Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig**?  ja  nein

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 10 Jahre:

- 6) Wurden Sie **operiert** oder ist eine **Operation** in den **nächsten 12 Monaten geplant**?  ja  nein
- 7) Waren Sie in einer **Klinik** (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entzündungsklinik) oder wurde Ihnen ein **Klinikaufenthalt** in den **nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen**?  ja  nein
- Hinweis zu Frage 6 und 7. Nicht zu berücksichtigen sind: Operationen ohne Komplikationen und Folgen am Blinddarm, den Mandeln oder der Nasenscheidewand, Maßnahmen in der Reproduktionsmedizin, unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, zahnärztliche Behandlungen, Schwangerschaft/Geburt.*
- 8) Wurden Sie wegen **Alkoholenuss** ärztlich **beraten oder behandelt**?  ja  nein
- 9) Wurden Sie wegen des **Konsums von Drogen oder Betäubungsmitteln** ärztlich **beraten oder behandelt**?  ja  nein

Ergänzende Gesundheitsfragen:

- 10) **Welche** der folgenden **Aussagen trifft** auf Sie zu?
- a) Ich beziehe eine **Rente wegen Unfall oder Erkrankung\*\***.  ja  nein
- b) Ich habe eine **anerkannte Behinderung (GdB)**, **Berufskrankheit** oder einen **Grad der Schädigungsfolgen (GdS)\*\***.  ja  nein
- c) Ich habe eine **angeborene Erkrankung**.  ja  nein
- d) Bei mir wurde eine **Krebserkrankung** festgestellt.  ja  nein
- e) Bei mir wurde eine **HIV-Infektion** festgestellt.  ja  nein

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

\* Falls ja, bitte entsprechenden Fragebogen beantworten.

\*\* Bitte Bescheid/Rentenbescheid/Versorgungsamtsbescheid in Kopie beifügen (kein Ausweis).

**Angabe zum Rauchverhalten (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 Prämienenerhöhung 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.

**D Angaben zur Versicherungssituation (immer zu beantworten, wenn Block C beantwortet wurde)**

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

**Angaben zur Versicherungssituation bei Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente**

Bestehen bei Allianz oder anderen Versicherern Berufsunfähigkeits- oder sonstige Invaliditätsversicherungen\* (wie Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen) oder sind derzeit solche beantragt?  ja  nein

\* Gemeint sind auch: Verträge bei anderen Versicherern, die nach Annahme bei Allianz Leben gekündigt werden. Betriebliche Altersversorgungen (Rückdeckungs-, Direktversicherung, Versorgungs-, Pensions-, U-Kasse), Private Vorsorge mit nachgelagerter Versteuerung (z. B. Basisrente), Erwerbsunfähigkeitsabsicherungen und Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken (z. B. für Ärzte, Rechtsanwälte).

Tarifart	monatliche Rentenhöhe	bestehend	aktuell beantragt	wird gekündigt*
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Ich kündige nach Vertragsannahme durch Allianz Leben meine bestehende Berufsunfähigkeits- oder sonstige Invaliditätsversicherung und reiche die Bestätigung der Kündigung innerhalb von 1 Monat nach Zugang der Police ein. Ich werde auch danach keine Wiederinkraftsetzung der gekündigten Versicherung beantragen. Über die Nachteile der Kündigung wurde ich informiert.

**Angaben zum Arbeitseinkommen bei Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente ab jährlich 24.001 EUR oder bei Hinterbliebenenvorsorge ab 500.001 EUR Todesfalleistung (jeweils inkl. Vorversicherungen)**

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 **Arbeitseinkommen bis 60.000 EUR brutto** jährlich darf die **Gesamtabsicherung** für den Fall der Berufsunfähigkeit oder Invalidität einschließlich dem neu beantragten Versicherungsschutz aus Berufsunfähigkeits- oder sonstigen Invaliditätsversicherungen **70 %** des durchschnittlichen jährlichen Bruttoarbeitseinkommen der letzten 3 Jahre nicht übersteigen.

**Angaben zur Versicherungssituation und Versicherungszweck bei Einschluss einer Hinterbliebenenvorsorge ab 500.001 EUR Todesfalleistung (inkl. Vorversicherungen)**

Besteht bei anderen Gesellschaften für Sie noch weiterer Versicherungsschutz für den Todesfall oder ist dieser beantragt?  ja  nein  
Falls ja: Welche Todesfalleistungen (inkl. Unfalltod) haben Sie bereits versichert oder beantragt?

Todesfalleistung 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

**Hinweis:** Bei einer Todesfalleistung 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----0109ZO (49V) 0.07.22

PESVA02356

**E Ergänzende Gesundheitsangaben**

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

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

**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