

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, Haus-Nummer \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_  
Sind Sie aufsichts-/geschäftsführend oder verwaltend tätig?  ja Wenn ja: a) Wie viele Personen beaufsichtigen Sie? \_\_\_\_\_ Personen b) Anteil der körperlichen Tätigkeit? \_\_\_\_\_ %

#### 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

- Beitrag:  
 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 (unter 5 EUR nächste Zahlungsstufe) 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 (GV 318).

#### 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 stimme ich zu.

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite insbesondere die Wichtigen Schlußfolgerungen und die Wichtigen Hinweise. Die Wichtigen Schlußfolgerungen 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)

\*) freiwillige Angabe

## Wichtige Schlußerklärungen der zu versichernden Person

**Verantwortlichkeit für den Antrag, Nebenabreden.** Mir ist bekannt, daß ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden angeben muß. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern. Nebenabreden und Deckungszusagen sind nur mit schriftlicher Zustimmung des Versicherers gültig.

### Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung.

**Ich willige ein,** daß der Versicherer aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung Daten zu Beiträgen, Versicherungsfällen, Risiko-/Vertragsänderungen im erforderlichen Umfang übermittelt, und zwar

- zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung an Rückversicherer sowie
- zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer auf direktem Weg oder über den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft.

Dies gilt auch für die Risikoprüfung zu Verträgen, die ich hier oder bei anderen Versicherern künftig beantrage, und ist in der Personenversicherung außerdem unabhängig vom Zustandekommen eines Vertrages. Gesundheitsdaten dürfen ausschließlich in der Personenversicherung übermittelt werden. Empfänger dürfen Personen- und Rückversicherer sein, der mich betreuende Vermittler nur, sofern dies zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

**Ich willige ferner ein,** daß der Versicherer meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen mit anderen ausgewählten deutschen Gesellschaften der Allianz Gruppe führt und sie an den mich betreuenden Vermittler zur dortigen Verarbeitung und Nutzung übermittelt, soweit dies der Durchführung meiner jeweiligen Vertragsangelegenheiten dient. Nicht zu den allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten zählen Gesundheitsdaten sowie Daten über Dritte.

**Ich willige weiterhin ein,** daß mein Versicherer und der mich betreuende Vermittler über den Zweck dieses Vertrages hinaus meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung, einschließlich der Beratung zu und des Verkaufs von anderen Finanzdienstleistungsprodukten, nutzen und hierzu auch den ausgewählten Gesellschaften der Allianz Gruppe zur dortigen Verarbeitung und Nutzung übermitteln. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluß auf den Vertrag streichen bzw. jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Meine Einwilligung ist nur wirksam, wenn ich die Möglichkeit hatte, vom Inhalt des Merkblättes zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen. Dieses wird mir mit dem Versicherungsschein zugesandt und auf Wunsch auch sofort überlassen. Dem Merkblatt zur Datenverarbeitung kann ich weitere wichtige Einzelheiten entnehmen, insbesondere zu den Datenarten und den Zwecken der Verarbeitung und Nutzung sowie die Liste der ausgewählten Gesellschaften der Allianz Gruppe.

**Entbindung von der Schweigepflicht.** Bei Versicherungen mit Gesundheitsprüfung ermächtige ich den Versicherer, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung oder Pflege war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer und Pflegepersonen über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluß zu befragen. Dies gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten drei Jahre (für die Berufsunfähigkeitsvorsorge die nächsten fünf Jahre und für die Pflegevorsorge die nächsten zehn Jahre) nach der Antragsannahme.

Der Versicherer darf auch die Ärzte, die die Todesursachen feststellen, die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tode untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden und Sozialversicherungsträger über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen.

Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit beansprucht, darf der Versicherer die in Absatz 1 Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen, die Ärzte, die mich untersucht haben, sowie Behörden und Sozialversicherungsträger auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit geführt haben, befragen.

Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

### Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Michael Diekmann  
Vorstand: Dr. Gerhard Rupprecht, Vorsitzender; Hansjörg Cramer, Dr. Michael Hessling,  
Dr. Eckhard Hütter, Ulrich Schumacher, Dr. Maximilian Zimmerer

Hauptverwaltung: Reinsburgstraße 19, 70178 Stuttgart

## Wichtige Hinweise für die zu versichernde Person

**Widerspruchsrecht.** Die Versicherung gilt als abgeschlossen, wenn Sie nicht innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen sowie der Verbraucherinformationen, die mit dem Versicherungsschein ausgehändigt werden, in Textform (z. B. schriftlich, per Telefax oder E-mail) widersprechen. Auf dieses Widerspruchsrecht werden wir Sie mit dem Versicherungsschein nochmals gesondert hinweisen.

**Annahmefrist.** Wir können Ihren Antrag binnen sechs Wochen annehmen. Die Frist beginnt am Tag der Antragstellung, bei Versicherungen mit ärztlicher Untersuchung jedoch nicht vor dem Tag der Untersuchung.

**Aufgabe bestehender Versicherung.** Eine bestehende Versicherung aufzugeben und dafür eine neue Versicherung abzuschließen, ist für den Versicherungsnehmer im allgemeinen unzweckmäßig und von den Lebensversicherungsunternehmen daher unerwünscht.

**Beschwerden.** Beschwerden können an uns sowie an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen –, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, gerichtet werden.

Darüber hinaus können Sie sich an den „Versicherungsombudsmann“ wenden. Die Allianz ist Gründungsmitglied im Verein „Versicherungsombudsmann“. Diese unabhängige Schlichtungsstelle vermittelt bei Auseinandersetzungen zwischen Kunden und Versicherern. Weitere Informationen erhalten Sie bei uns oder unter [www.versicherungsomбудsmann.de](http://www.versicherungsomбудsmann.de)

## Vertragsgrundlagen

**Für die beantragte Versicherung gelten die für den gewählten Tarif maßgebenden Versicherungsbedingungen. Diese Versicherungsbedingungen werden Ihnen zusammen mit dem Versicherungsschein – auf Wunsch jedoch auch schon früher – übersandt.**

## Erläuterung zum Tarif

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