

## Antrags- und Gesundheitsfragen für:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_ Vertrag Nr. \_\_\_\_\_

Alle Fragen müssen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet werden. Hat der/die Versicherungsnehmer/in oder die versicherte Person beim Abschluss dieses Versicherungsvertrages eine Gefahrstatsache, die er/sie kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist die Allianz Suisse berechtigt, den Vertrag zu kündigen. Falls die nicht oder unrichtig angezeigte Gefahrstatsache den Eintritt oder den Umfang des Schadens beeinflusst hat, erlischt die Leistungspflicht der Allianz Suisse für bereits eingetretene Schäden. Die Allianz Suisse ist berechtigt, bereits erbrachte Leistungen zurückzufordern. Dies gilt auch dann, wenn die Antworten von einer anderen Person geschrieben worden sind.

Wenn nicht bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind, ist es den Versicherern von Gesetzes wegen untersagt nach Ergebnissen aus genetischen Untersuchungen zu fragen, die vor der Geburt durchgeführt wurden oder die, bevor Symptome aufgetreten sind, zur Feststellung einer Krankheitsveranlagung dienen (präsymptomatische Untersuchungen). Sind die Voraussetzungen für das Fragerecht erfüllt, erfolgt die Abklärung mit einem separaten Formular. Deshalb müssen solche Untersuchungsergebnisse in diesem Fragebogen nicht angegeben werden. Freiwillig eingereichte Resultate dürfen von den Versicherern nicht verwendet werden.

Genetische Untersuchungen zu diagnostischen Zwecken, d.h. zur Abklärung bereits feststellbarer Krankheitssymptome, sind von der Gesetzesbestimmung nicht betroffen und müssen deklariert werden.

### Erklärung der zu versichernden Person:

1. Bestehen oder bestanden bei Allianz Suisse individuelle oder kollektive Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherungen (einschliesslich berufliche Vorsorge)?  ja  nein

Wenn ja, welche Risikoart: \_\_\_\_\_

Summe/Leistungen: \_\_\_\_\_

Beginn: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

Falls aufgehoben, Jahr der Aufhebung: \_\_\_\_\_

2. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Versicherungen gegen Risiken wie Tod, Erwerbsunfähigkeit, Krankheit oder Unfall beantragt oder abgeschlossen?  ja  nein

Wenn ja, welche Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Risikoart: \_\_\_\_\_

Summe/Leistungen: \_\_\_\_\_

Beginn: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

Falls Ablehnung oder Erschwerung, Grund: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Welches ist Ihre Körpergrösse und Ihr aktuelles Körpergewicht?

Körpergrösse in cm: \_\_\_\_\_ Gewicht in kg: \_\_\_\_\_

4. Bestehen bei Ihnen gesundheitliche Störungen oder ist ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wann: \_\_\_\_\_

Wie lange: \_\_\_\_\_

Dauer und Grad der Arbeitsunfähigkeit: \_\_\_\_\_

Behandelnde Ärzte mit Adresse inkl. dem Arzt welcher am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert ist (sofern keine Arztkonsultation erfolgte, bitte Antwort: 'kein Arzt konsultiert' verwenden):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals Krankheiten, Störungen oder Beschwerden des **Herzens oder der Blutgefäße**, wie erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörung, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzklopfen, Hirnschlag, Venenentzündung, Krampfadern oder andere?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wann: \_\_\_\_\_

Wie lange: \_\_\_\_\_

Dauer und Grad der Arbeitsunfähigkeit: \_\_\_\_\_

Behandelnde Ärzte mit Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geheilt: \_\_\_\_\_

6. Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals Krankheiten, Störungen oder Beschwerden des **Bewegungsapparates** (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule, Bandscheiben, Muskeln, Bänder, Sehnen) wie Rücken-, Nacken- und Schulterbeschwerden, Arthrose, Rheuma oder andere?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wann: \_\_\_\_\_

Wie lange: \_\_\_\_\_

Dauer und Grad der Arbeitsunfähigkeit: \_\_\_\_\_

Behandelnde Ärzte mit Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geheilt: \_\_\_\_\_

7. Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals Krankheiten, Störungen oder Beschwerden des **Nervensystems oder der Psyche**, wie Epilepsie, Schwindel, Lähmungen, Nervenentzündungen, (z.B. Multiple Sklerose), Depressionen, Angst- bzw. Erschöpfungszustände oder andere? Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wann: \_\_\_\_\_

Wie lange: \_\_\_\_\_

Dauer und Grad der Arbeitsunfähigkeit: \_\_\_\_\_

Behandelnde Ärzte mit Adresse: \_\_\_\_\_

Geheilt: \_\_\_\_\_

8. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wegen anderer, bisher nicht erwähnter Krankheiten, Unfälle, Störungen oder Beschwerden in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle?  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wann: \_\_\_\_\_

Wie lange: \_\_\_\_\_

Dauer und Grad der Arbeitsunfähigkeit: \_\_\_\_\_

Behandelnde Ärzte mit Adresse: \_\_\_\_\_

Geheilt: \_\_\_\_\_

### Informationen zum Datenschutz

Die Bearbeitung von Personendaten bildet eine unentbehrliche Grundlage des Versicherungsgeschäfts. Bei der Bearbeitung von Personendaten beachten wir die Vorschriften des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG) und seiner Verordnung. Wenn nötig holen wir im Schadenformular die von Ihnen erforderliche Einwilligung ein.

Vor Vertragsabschluss ist die Datenbearbeitung erforderlich, um entscheiden zu können, ob der Vertrag abgeschlossen werden kann und wenn ja, zu welchen Bedingungen. Während der Vertragsdauer ist die Datenbearbeitung nötig für die Verwaltung Ihres Vertrages (u.a. Prämienabrechnungen) und bei der Meldung eines Schadens, um sicherzustellen, dass nur berechnete Forderungen bezahlt werden.

Vor Vertragsabschluss und während der Vertragsdauer kann es zur Risikobeurteilung (risikogerechte Prämie), zur weiteren Abklärung des Sachverhalts sowie im Schadenfall notwendig sein, Anfragen an Dritte im In- und Ausland zu richten und mit diesen Ihre Daten auszutauschen. In erster Linie bearbeiten wir die Angaben aus dem Versicherungsantrag und der Schadenanzeige. Sofern erforderlich, holen wir bei Dritten sachdienliche Informationen ein (Vorversicherer betreffend bisherigem Schadenverlauf, Mit- und Rückversicherer, Medizinalpersonen, Ärzte, Amtsstellen, Spitäler, Sozialversicherer, Arbeitgeber bei Kollektivversicherungen). Die zu versichernde Person entbindet Medizinalpersonen, Spitäler, Ärzte und Versicherer von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Allianz Suisse. Im Falle eines Rückgriffes auf einen haftpflichtigen Dritten können die Daten zur Durchsetzung des Regressanspruches dem haftpflichtigen Dritten bzw. dessen Haftpflichtversicherer übermittelt werden. Die Allianz Suisse verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln.

Um Ihnen einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können und die Kosten zu optimieren, werden unsere Dienstleistungen teilweise durch rechtlich selbständige Unternehmen im In- und Ausland erbracht. Es kann sich um Konzerngesellschaften der Allianz Gruppe oder um Kooperationspartner handeln. Im Rahmen der Zweckbestimmung des Vertragsverhältnisses sind wir auf die konzerninterne wie auch konzernexterne Weitergabe Ihrer Daten angewiesen. Im Zusammenhang mit Produktoptimierungen bearbeiten wir Ihre Daten für interne Marketingzwecke.

Die Vermittler sind vertraglich verpflichtet, ihre besondere Schweigepflicht sowie die Bestimmungen des DSG zu beachten. Makler erhalten nur Einsicht in Ihre Daten, wenn Sie den Makler dazu ausdrücklich ermächtigt haben (sog. Maklermandat).

Wir bewahren Ihre Daten gemäss den gesetzlichen Bestimmungen auf.

Sie haben ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer elektronisch gespeicherten oder im Dossier abgelegten Daten.

**Einwilligungsklausel**

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass er/sie die Sprache, in der dieses Formular und die darin erwähnten Grundlagen abgefasst sind, versteht.

Er/Sie ermächtigt die Allianz Suisse, die zur Antragsprüfung, zur Risikobeurteilung und zur Vertragsabwicklung notwendigen Daten bei Dritten (Vorversicherer betreffend bisherigem Schadenverlauf, Mit- und Rückversicherer, Medizinalpersonen, Ärzte, Arbeitsstellen, Spitäler, Sozialversicherer und Arbeitgeber bei Kollektivversicherungen) einzuholen, und die Daten für diese Zwecke sowie für interne Marketingzwecke gemäss den vorstehenden Datenschutzbestimmungen zu bearbeiten.

Dieser Antrag umfasst die in der Fusszeile angegebene Anzahl Seiten. Mit der Unterschrift wird die Vollständigkeit und Richtigkeit sämtlicher Antworten auf allen Seiten bestätigt.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift der zu versichernden Person