

Teil 1:

**Fragen zu gefahrerheblichen Umständen**

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen, die der Vermittler uns übermittelt. Sie sind verpflichtet, diese Fragen 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.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns schriftlich nachzuholen.

Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie nachfolgend abgedruckt unter „Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“ in Teil 2 dieses Antrags.

Ich wünsche die kostenlose Nutzung des Online-Service „Meine Allianz“.

Mit „Meine Allianz“ haben Sie einen vollständigen Überblick über Ihre Versicherungen und viele weitere Vorteile, z. B.:

- Detaillierte Vertragsübersicht
- Archiv mit allen Dokumenten zu Ihren Verträgen
- Digitales Postfach
- Digitaler Bescheinigungsservice
- Außerdem erhalten Sie einmal im Jahr ein Geschenk
- Zusätzlich profitieren Sie von attraktiven Einkaufsvorteilen und Verlosungen im Vorteilsprogramm von „Meine Allianz“

Sind Sie bereits Kunde der Allianz Privaten Krankenversicherung?\*)

ja  nein

Versicherungsnummer 7-stellig

– 5

AK-

10-stellig

**1. Antragsteller**  Herr  Frau

Änderung zu den bisherigen Angaben?  ja  nein

Name  Titel

Ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Art des Unternehmens  angestellt  selbstständig  nicht erwerbstätig

Vorname  Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

E-Mail\*)

Postleitzahl  Wohnort

Handy\*)

\*) = Freiwillige Angaben

**2. Versicherungs-/Änderungsbeginn**

Tag   Monat  Jahr

**3. Krankenzusatzversicherung**

Antrag Ich beantrage den Abschluss einer Zahn-Zusatzversicherung für die nachstehend aufgeführten Personen nach Tarif DentalPlus (DP02) oder DentalBest (DB02) oder ZahnPlus (ZP02) oder ZahnBest (ZB02). Der Tarif ZahnFit (ZF02) kann nur zu den Tarifen ZB02 oder ZP02 hinzugewählt werden. Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer.

**4. Zu versichernde Personen**

(zusätzlich Familienname, wenn nicht wie Antragsteller)

Person 1 Vorname  ausgeübte berufliche Tätigkeit  Geschl.  Geburtsdatum

m  
 w

angestellt  selbstständig  nicht erwerbstätig

Person 2 Vorname  ausgeübte berufliche Tätigkeit  Geschl.  Geburtsdatum

m  
 w

angestellt  selbstständig  nicht erwerbstätig

Bei vom Antragsteller abweichender Adresse, bitte angeben.

Namens- und Adressänderungen sind der Allianz Privaten Krankenversicherung mitzuteilen.

## 5. Tarife/Beiträge

Beantragter Tarif:

DP02 oder  DB02 oder  
 ZP02 oder  ZB02 und/oder  ZF02

Pers. 1 Tarifbeitrag für DP02 oder DB02 \_\_\_\_\_ EUR  
 Tarifbeitrag für ZP02 oder ZB02 \_\_\_\_\_ EUR  
 Tarifbeitrag für ZF02 \_\_\_\_\_ EUR  
 Nur bei Tarif DP02, DB02, ZP02 oder ZB02:  
 Zuschlag für fehlende Zähne \_\_\_\_\_ EUR  
**Gesamtmonatsbeitrag** \_\_\_\_\_ EUR

Beantragter Tarif:

DP02 oder  DB02 oder  
 ZP02 oder  ZB02 und/oder  ZF02

Pers. 2 Tarifbeitrag für DP02 oder DB02 \_\_\_\_\_ EUR  
 Tarifbeitrag für ZP02 oder ZB02 \_\_\_\_\_ EUR  
 Tarifbeitrag für ZF02 \_\_\_\_\_ EUR  
 Nur bei Tarif DP02, DB02, ZP02 oder ZB02:  
 Zuschlag für fehlende Zähne \_\_\_\_\_ EUR  
**Gesamtmonatsbeitrag** \_\_\_\_\_ EUR

Ich bin mit dem Zuschlag einverstanden. Dieser wird zum Ausgleich von Kosten für die Sanierung des bei Tarifaabschluss angezeigten Gebisszustandes erhoben. Er ist auf die Dauer des Tarifes angelegt. Bei Beitragsanpassungen wird der Zuschlag entsprechend angeglichen.

## 6. Zahlungsweise

jährlich (4% Skonto)  1/2-jährlich (2% Skonto)  1/4-jährlich (1% Skonto)  monatlich

## 7. Mitgliedschaft in einer Gesetzlichen Krankenkasse (GKV)

Pers.	Art der Versicherung	Name der Krankenkasse?	bei GKV	GKV von – bis/seit
1	<input type="checkbox"/> GKV	_____	<input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> pflichtig	_____
2	<input type="checkbox"/> GKV	_____	<input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> pflichtig	_____

## 8. Andere Zahn-Zusatzversicherungen

Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherer (bitte auch die Allianz Private Krankenversicherungs-AG und Versicherungen im Ausland nennen)?

Pers.	Art der Privaten Krankenversicherung? (Zahn-Zusatzversicherung angeben)	Name der Gesellschaft?	PKV von – bis/seit? Monat/Jahr?
1	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____

## 9. Fragen zum Gebisszustand

Für Tarif ZahnFit (ZF02) ist keine Frage zu beantworten.

Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und vollständig.

	Person 1		Person 2	
	ja	nein	ja	nein
1. Sind Sie in zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung (inkl. Kontrolle/Wiedervorstellung) bzw. ist eine solche angeraten oder beabsichtigt (z. B. auch wegen Funktionsstörungen des Kauorgans, Knirscherschienen, Parodontose oder Zahn- bzw. Kieferfehlstellungen)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei „ja“, bitte aktuellen Heil- und Kostenplan bzw. kieferorthopädischen Behandlungsplan einreichen, oder die Behandlung beschreiben und unten Ihren Zahnarzt oder Kieferorthopäden angeben.				
2. Ab 14 Jahren: Fehlen Ihnen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (nicht Weisheitszähne/Lückenschluss)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei „ja“, Anzahl?	_____		_____	

Bei 9.1 mit „ja“, pro Person bitte vollständig die Behandlung und Namen/Adresse Ihres Zahnarztes bzw. Kieferorthopäden angeben.

Pers 1 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Pers 2 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Heil- und Kostenplan bzw. kieferorthopädischer Behandlungsplan beiliegend  Beschreibung der Behandlung beiliegend  Unterlagen werden nachgereicht



## Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung:

### I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die unter I. abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, Ihre Allianz Private Krankenversicherungs-AG (im Folgenden „der Versicherer“), daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Unsere Mitarbeiter unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (im Folgenden „Schweigepflicht“). Darum benötigen wir als Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z. B. Assistance-, Logistik- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten auch für von Ihnen gesetzlich vertretene mitversicherte Personen, wie z. B. für Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

#### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

**Ich willige ein**, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

#### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits an dieser Stelle unter Möglichkeit I oder später im Einzelfall (siehe Möglichkeit II) erteilen. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten. Sie können Ihre Entscheidung nachträglich jederzeit ändern.

##### Möglichkeit I:

**Ich willige ein**, dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten sowie gegebenenfalls weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

##### Möglichkeit II:

**Ich wünsche**, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

#### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

##### 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

**Ich willige ein**, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

##### 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe oder einer anderen Stelle außerhalb der Allianz Deutschland Gruppe übertragen. Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten und/oder Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste ist nach der Empfangsbestätigung angefügt<sup>1)</sup>). Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.allianz.de/daten-schutz](http://www.allianz.de/daten-schutz) eingesehen oder bei uns (Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin, Telefon 08 00 4 10 01 09, [krankenversicherung@allianz.de](mailto:krankenversicherung@allianz.de)) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

**Ich willige ein**, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Allianz Deutschland Gruppe und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer von der Schweigepflicht geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

##### 3.3. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder von der Schweigepflicht geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Einbeziehung von Gutachtern, Annahme mit Risikozuschlägen, Ausschlüsse bestimmter Risiken oder Wartezeiten) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

**Ich willige ein**, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Vertragsinformationen in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erheben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

#### 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherer beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

**Ich willige ein**, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

### Erklärungen der zu versichernden Person(en) oder des gesetzlichen Vertreters der zuversichernden Person(en)

Ich gebe hiermit für mich bzw. für die zu versichernde(n) Person(en) die vom Antragsteller bzw. Versicherungsinteressenten abgegebenen Erklärungen zur Datenverarbeitung ab.

## Erklärungen und Hinweise zum Antrag

### Erklärungen zum Antrag

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.

### Hinweise zum Antrag

#### Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen werden Ihr Antrag, der Versicherungsschein, sowie die Ihnen übermittelten Versicherungsbedingungen. Haben Sie auf deren Übermittlung vor Antragstellung verzichtet, erhalten Sie diese zusammen mit dem Versicherungsschein.

#### Widerrufsrecht

Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

#### Aufgabe einer bestehenden Kranken- und/oder Pflegeversicherung

Die Aufgabe einer bestehenden Kranken- und/oder Pflegeversicherung zum Zwecke des Abschlusses einer privaten Kranken- und/oder Pflegeversicherung bei der Allianz Private Krankenversicherungs-AG kann für Sie bzw. die zu versichernde(n) Person(en) mit Nachteilen (z. B. Wartezeiten, Risikozuschläge) verbunden sein. Vor der schriftlichen Annahme des Antrages durch die Allianz Private Krankenversicherungs-AG wird empfohlen, die bisherige Versicherung vorläufig nicht aufzugeben.

#### Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. So können Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z.B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von den Unternehmen der Allianz Deutschland-Gruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.

Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter [www.allianz.de/datenschutz](http://www.allianz.de/datenschutz) abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an die Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 09 oder an [krankenversicherung@allianz.de](mailto:krankenversicherung@allianz.de).

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie geltend machen bei der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin.





Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Allianz Deutschland-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

## Unterschriften (Bitte mit Vor- und Zunamen)

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die „Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung“. Mit der Unterschrift gebe ich die in **Teil 1** und in **Teil 3** aufgeführten Erklärungen ab. Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Die Hinweise im **Teil 3** habe ich zur Kenntnis genommen.

**Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben zu den „Fragen zu gefährerheblichen Umständen“ machen. Ausführliche Hinweise zu Ihren Anzeigepflichten und den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie unter „Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“, die in Teil 2 dieses Antrags abgedruckt ist.**

Gesetzlich vertretene Personen unterschreiben, wenn sie einsichtsfähig sind, frühestens ab 16 Jahren.

Ort, Datum	
Unterschrift Antragsteller	
Unterschrift der zu versichernden Person 1 ab 16 Jahren	
Unterschrift der zu versichernden Person 2 ab 16 Jahren	
Unterschrift gesetzlicher Vertreter	
Unterschrift Vermittler	

## Empfangsbestätigung

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen erhalten:  
– Vordruck des Antrags als Papierdokument (Druckstücknummer SO-84-414Z0 (07V) mit Stand 3.16) inkl. der „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ sowie der „Erklärungen und Hinweise zum Antrag“ und die „Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“  
– Produktinformationsblatt/-blätter, „Versicherungsinformationen“, Versicherungsbedingungen zu den beantragten Tarifen (falls kein Verzicht erklärt wurde)

Unterschrift Antragsteller


1\*) Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe, die von der Schweigepflicht geschützte Stammdaten in gemeinsamen DV-Verfahren nutzen:

Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, AllSecur Deutschland AG und Deutsche Lebensversicherungs-AG.

Allianz Konzerngesellschaften (mit \* gekennzeichnet) und Dienstleister, die im Auftrag des Versicherers personenbezogene Daten verwenden, die von der Schweigepflicht geschützt sind und/oder Gesundheitsdaten erheben, verarbeiten oder nutzen:

- Allianz Deutschland AG \* (Versicherungsbetrieb mit Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsabarbeitung),
- Allianz Managed Operations & Services SE \* (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe),
- ACA Service Deutschland GmbH \* (Assistancedienstleistungen),
- reharecare GmbH \*, Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Reha-Dienstleistungen)
- VLS Versicherungslogistik GmbH \* (Posteingangsbearbeitung)
- KVM ServicePlus - Kunden- und Vertriebsmanagement GmbH \* (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- IBM Deutschland GmbH (IT-Wartung)
- HL Casework GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- IMB Consult GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- otop AG (Begutachtung der medizinischen Notwendigkeit zur Versorgung mit Hilfsmitteln)
- ViaMed GmbH (Medical Consulting, Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- Giesecke & Devrient GmbH (Herstellung der Allianz Card für Privatversicherte)
- Rechtsanwälte Wagner Pauls Kalb (Einzug notleidender Forderungen, Mahnverfahren)
- Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
- Pflegedienste und Hilfsmittelversorger (Vermittlung von Pflegediensten sowie Hilfsmittelversorgern)
- Krankenrücktransporte (medizinisch notwendiger Rücktransport aus dem Ausland)
- Entsorgungsunternehmen (datenschutzgerechte Vernichtung von Papierunterlagen)

### Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Manfred Knof.

Vorstand: Dr. Birgit König, Vorsitzende;

Dr. Jan Esser, Burkhard Keese, Joachim Müller, Dr. Thomas Wiesemann.

Für Umsatzsteuerzwecke: USt-IdNr.: DE 811 239 569; Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei gemäß § 4 Nr. 10 a) UStG und versicherungsteuerfrei gemäß § 4 Nr. 5 VersStG.

Sitz der Gesellschaft: München, Registergericht: Amtsgericht München HRB 2212

Hauptverwaltung: Königinstr. 28, 80802 München.

[www.gesundheit.allianz.de](http://www.gesundheit.allianz.de)

# Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Bitte zurücksenden an

Allianz Private Krankenversicherungs-AG  
10870 Berlin

**Vertragsführende Gesellschaft**

Allianz Private Krankenversicherungs-AG  
Königinstr. 28  
80802 München

**Gläubiger-Identifikationsnummer**

DE40ZZZ00000063851

**Mandatsnummer**

– Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit –

**Antragsnummer / Vertragsnummer**

---

## SEPA-Lastschriftmandat

**Ich ermächtige** die vertragsführende Gesellschaft, alle Forderungen zu diesem Vertrag (insbesondere Beiträge, Zinsen, Gebühren) bei Fälligkeit von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Ermächtigung gilt auch für künftig vereinbarte Änderungen zu diesem Vertrag (z.B. Abschluss weiterer Versicherungsbausteine).

Mein Geldinstitut **weise ich an**, die Lastschriften der vertragsführenden Gesellschaft einzulösen, die von meinem Konto eingezogen werden.

Der Lastschrifteinzug wird mir spätestens fünf Kalendertage vor dem ersten Einzug angekündigt.

Ich kann innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Datum der Kontobelastung – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

(Bitte tragen Sie alle Angaben in Großbuchstaben auf die vorgegebenen Linien ein. Zusätzliche handschriftliche Vermerke können wir leider nicht berücksichtigen.)

**Versicherungsnehmer**

Name, Vorname (bzw. Firma): \_\_\_\_\_

**Kontoinhaber**

Name, Vorname (bzw. Firma): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**Geldinstitut:** \_\_\_\_\_

IBAN

BIC

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

Rücksendemöglichkeiten: – per Post an Allianz Private Krankenversicherungs-AG 10870 Berlin  
– per Fax an 08 00.4 40 01 03  
– per Scan/Foto an krankensversicherung@allianz.de  
– per Rückgabe an Vermittler