

# Antrag

## Krankenversicherung

## Pflegeversicherung

Antrag gilt **nicht** für PflegeBahr und **nicht** für **ambulante** Zusatz-Tarife

### Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs. 3 VAG

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

#### Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen. Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet. Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

#### Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren. Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.<sup>1</sup> Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

1) Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

# Antrag Krankenversicherung Pflegeversicherung

Antwort an:

GS / MD \_\_\_\_\_ AH durch \_\_\_\_\_

Stamm-Nr. \_\_\_\_\_ Makler

Fremd-Nr. \_\_\_\_\_ Kooperation / Untervermittler-Nr.

Vermittler-Nr. \_\_\_\_\_ ABV/Makler/Kooperation

B-Nr.b \_\_\_\_\_ ABV

FILHB \_\_\_\_\_ Kunden-Nr. \_\_\_\_\_ Berater-Nr. \_\_\_\_\_ VKZ **2** Bankordnungsmerkmal FOM

Vermittlername \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Stempel des Vermittlers \_\_\_\_\_

# 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.**

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!

Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

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.**

Versicherungsnummer 7-stellig

— 5

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

### ▶ 1. Antragsteller Herr Frau Firma

Änderung zu den bisherigen Angaben?\*)  ja  nein

Name		Titel	
Vorname	Geburtsdatum	Fax-Nr.*)	
Straße, Hausnummer		Telefon (privat)*)	(geschäftlich)*)
Postleitzahl	Wohnort	Handy*)	
Ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Art des Unternehmens	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere	Seit wann in der BRD? Monat Jahr
Steuer-Identifikations-Nr. (11-stellig)		Bis wann (voraussichtlich) in der BRD?	
E-Mail*)		<input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> eingetragener Lebenspartner Personen im Haushalt?*)
Online Service Meine Allianz	Wünschen Sie die kostenlose Nutzung des Online Service „Meine Allianz“?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

\*) = Freiwillige Angaben

### ▶ 2. Zahlungsweise der Beiträge (im Voraus)

jährlich (4% Skonto)  1/2-jährlich (2% Skonto)  1/4-jährlich (1% Skonto)  monatlich (nur Beiträge über 10 EUR)

### ▶ 3. Versicherungs-/Änderungsbeginn

0 1

### ▶ 4. Antragserklärung Kranken-/Pflegeversicherung

**Antrag** Ich beantrage den Abschluss eines **Kranken-/Pflegeversicherungs-Vertrages** für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen. Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer. Vertragsdauer/Wartezeiten: siehe Versicherungsbedingungen.

**Antrag** zur Teilnahme am  **Gruppenversicherungsvertrag**  **Kollektivvertrag/Sammelinkassovertrag** (Vertrags-Nr.) \_\_\_\_\_

mit folgendem Vertragspartner: \_\_\_\_\_

Ich bin beim Vertragspartner seit \_\_\_\_\_  Mitarbeiter  Mitglied  Versicherter.

Das Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis des genannten Vertrages werde ich der Allianz Privaten Krankenversicherung unverzüglich mitteilen.

### ▶ 5. Zu versichernde Personen (zusätzlich Familienname, wenn nicht wie Antragsteller)

Ein zweiter Antrag mit weiteren Personen folgt  ja  nein

Namens- und Adressänderungen sind der Allianz Privaten Krankenversicherung mitzuteilen.

Pers.	Vorname	Geschl.	Geb.-Datum	Ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Studienfachrichtung	Beihilfebemessungssatz ambulant _____% stationär _____%
1		m w <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> Angest. im öffentl. Dienst: <input type="checkbox"/> Beamter: <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land	Stationäre Absicherung bei der Beihilfe <input type="checkbox"/> Nur allgemeine Krankenhausleistungen <input type="checkbox"/> auch Wahlleistung
	Steuer-Identifikations-Nr.			Wenn selbstständig, seit wann? Bei vom Antragsteller abweichender Adresse, bitte angeben	
	Werden wegen Hilfebedürftigkeit Leistungen für Arbeitssuchende nach SGB II oder Sozialhilfe nach SGB XII bezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
2		m w <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> Angest. im öffentl. Dienst: <input type="checkbox"/> Beamter: <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land	Beihilfebemessungssatz ambulant _____% stationär _____%
	Steuer-Identifikations-Nr.			Wenn selbstständig, seit wann? Bei vom Antragsteller abweichender Adresse, bitte angeben	Stationäre Absicherung bei der Beihilfe <input type="checkbox"/> Nur allgemeine Krankenhausleistungen <input type="checkbox"/> auch Wahlleistung
	Werden wegen Hilfebedürftigkeit Leistungen für Arbeitssuchende nach SGB II oder Sozialhilfe nach SGB XII bezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

Bei vom Antragsteller abweichender

Staatsangehörigkeit, bitte angeben: Pers. \_\_\_\_\_; Welche Staatsangehörigkeit?  deutsch, andere \_\_\_\_\_ Seit wann in der BRD? \_\_\_\_\_

Bis wann (voraussichtlich) in der BRD? \_\_\_\_\_

5.1 Tarif Krankenversicherung Ausland ohne USA (RKEXPS)/Krankenversicherung Ausland (RKEXPU). Weitere Angaben:

Auslandsaufenthalt nach \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ geplant. (RKEXPS nicht abschließbar für Pendler/Grenzgänger)

5.2 Antrag nach 190 (PSK)-Tarif: Hochschule \_\_\_\_\_

5.3 Voraussichtliches Ende der Ausbildungszeit? Beamtenanwärter bis \_\_\_\_\_ Studium bis \_\_\_\_\_

## 6. Tarife/Beiträge – Monatsbeiträge in EURO

**Wichtiger Hinweis:** Für den Tarif **PflegeBahr (PZTG02)** bitte **ausschließlich** den PDF-Antrag SO-51-06520 verwenden.

Pers.	Tarif	Mit Übertragenswert*) ja nein	Tages-satz EUR	Tarifbeitrag	(+) Zuschlag (-) Abschlag	Monats-beitrag**)	wegfall. Tarif/Tgs.	Pers.	Tarif	Mit Übertragenswert*) ja nein	Tages-satz EUR	Tarifbeitrag	(+) Zuschlag (-) Abschlag	Monats-beitrag**)	wegfall. Tarif/Tgs.
		<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"/>				
		<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"/>				
		<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"/>				
		<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"/>				
Zuschlag für fehlende Zähne					EUR			Zuschlag für fehlende Zähne					EUR		
Zuschlag für ersetzte/überkronte Zähne					EUR			Zuschlag für ersetzte/überkronte Zähne					EUR		

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

\*) Personen, die am 31.12.2008 nicht bei der Allianz Privaten Krankenversicherung vollversichert waren, müssen aus gesetzlichen Gründen Vollversicherungstarife mit Übertragungswert (Ausnahme: Ausbildungs-/Auslandstarife) beantragen.

\*\*) Ggf. mit gesetzlichem Beitragszuschlag (BTZ) gemäß § 12 Abs. 4a VAG aus der Krankheitskostenvollversicherung für ambulant, stationär, Zahn und ggf. ergänzende Zusatztarife.

Gesamtmonatsbeitrag Pflege-Pflichtversicherung:  Gesamtmontatsbeitrag Krankenversicherung:

## 7. Angaben bei Krankentagegeldтарifen

### Arbeitnehmer:

Durchschnittliches monatl. Nettoeinkommen der letzten 12 Monate aus dieser Tätigkeit (pauschal: 80% des regelmäßigen monatlichen Bruttoeinkommens ohne Sonderzahlungen und ohne RRG-KT). Bitte konkret angeben

Person  EUR  Person  EUR

Dauer der Gehaltsfortzahlung

Wochen  Wochen

Erhalten Sie Bezüge nach dem Bundes-Angestellentarifvertrag (BAT)/Tarifvertrag für den öffentl. Dienst (TVöD) oder in Anlehnung an diese?

ja, nach BAT seit/ab   ja, nach BAT seit/ab   
 ja, nach TVöD seit/ab   ja, nach TVöD seit/ab   
 nein  nein  
 ja, seit/ab   ja, seit/ab

Selbstständige:  
Gewerbe angemeldet bzw. Gewerbebescheinigung vorhanden?

Anzahl der Vollzeitbeschäftigten  Anzahl der Vollzeitbeschäftigten

Einkünfte der letzten 12 Monate aus dieser Tätigkeit? (Gewinn zzgl. betrieblicher Abschreibungen)

EUR  EUR

Freiberufler:  
Einnahmen der letzten 12 Monate aus dieser Tätigkeit? (Betriebseinnahmen = Umsatz)

EUR  EUR

Arbeitnehmer/Selbstständige/Freiberufler/Praxisvertretung:  
Name und Anschrift des Arbeitgebers/Geschäftsadresse/Praxis

Seit wann wird die jetzige berufliche Tätigkeit ausgeübt?

Monat/Jahr  Monat/Jahr

## 8. Angaben zur Pflege-Pflichtversicherung (PPV)

8.1 Verwandtschaftsverhältnis der zu versichernden Person (Ziff. 5) zum Antragsteller (z.B. Ehepartner/eingetragener Lebenspartner/Kind)

Ort der berufl. Tätigkeit: Altes/Neues Bundesland

Übersteigt das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen die Grenze für die Familienversicherung?\*\*\*)

Pflege-pflichtversichert (lückenlose Angaben ab Beginn der PPV bzw. ab 1.1.1995; bei zwei oder mehr Vorversicherern bitte Bescheinigungen beifügen)

Alt  Neu  ja  nein  
 Alt  Neu  ja  nein

bei  von – bis

Angaben zum Ehepartner/eingetragenen Lebenspartner, wenn dieser nicht als zu versichernde Person aufgeführt ist:

Name, Vorname   Alt  Neu  ja  nein

Bei Alleinversicherung von Personen unter 26 Jahren, deren regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen die Grenze für die Familienversicherung\*\*\* nicht übersteigt, ist ein Nachweis der bestehenden Pflege-/Pflichtversicherung beider Eltern mit Angabe der Gesellschaft und seit wann notwendig.

\*\*\*) Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 1 EStG). Dazu zählen z.B. Gehälter, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, Kapitalerträge oder Mieteinnahmen. Grundsätzlich beträgt die Grenze für die Familienversicherung 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des 4. Sozialgesetzbuches, derzeit EUR (vom Vermittler einzutragen). Wird das Gesamteinkommen jedoch voll oder zum Teil durch die Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV erzielt, gilt eine Einkommensgrenze von 450 EUR.

8.2 Bei folgenden Personen unter 26 Jahren ist die Schul- oder Berufsausbildung durch Wehr- oder Zivildienst aufgeschoben oder unterbrochen worden:

Pers. \_\_\_\_\_ von bis \_\_\_\_\_ Pers. \_\_\_\_\_ von bis \_\_\_\_\_

8.3 Die PPV wird nicht beantragt, weil anderweitig geführt

bei nachfolgender Gesellschaft \_\_\_\_\_

Beleg liegt bei  wird nachgereicht   
(Nachweis gesetzlich vorgeschrieben)

► 9. Mitgliedschaft in einer Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) / Anspruch auf Heilfürsorge

Angaben wie bisher, sofern nicht nachstehend vermerkt.

Besteht, bestand in den letzten 3 Jahren eine Versicherung bei einer Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) / Anspruch auf Heilfürsorge?

Person	Art der Versicherung?	Name der Krankenkasse?	bei GKV		GKV/Heilfürsorge von – bis/seit?	Höhe in EUR	
			<input type="checkbox"/> freiwillig	<input type="checkbox"/> pflichtig		Krankengeld	
1	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> Heilfürsorge		<input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> pflichtig				
2	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> Heilfürsorge		<input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> pflichtig				

► 10. Andere private Kranken-/Tagegeldversicherungen

Angaben wie bisher, sofern nicht nachstehend vermerkt.

10.1 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)?

Tagessatz in EUR

Person	Art der Privaten Krankenversicherung? (auch ambulante, stationäre bzw. Zahn-Zusatzversicherungen angeben)	Name der Gesellschaft?	PKV von – bis/seit? Bei beabsichtigter Kündigung <b>voraussichtliches</b> Ende der Vorversicherung? Monat/Jahr?	Tagessatz in EUR		
				Krankenhaustagegeld	Krankentagegeld	Pflege
1						
2						

Die Bescheinigung über einen bestehenden Übertragungswert (ÜW) ist umgehend einzureichen.\*

Pers \_\_\_\_\_  ÜW-Bescheinigung liegt bei  ÜW-Bescheinigung wird nachgereicht/Polizierung zunächst ohne ÜW

\*) wechselt ein Vollversicherter zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen, wird ab 1.1.2009 grundsätzlich ein Übertragungswert fällig (ab Alter 21)

10.2 Wurde in den letzten 3 Jahren eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherer beantragt und abgelehnt (bitte auch die Allianz Private Krankenversicherungs-AG nennen)?

Tagessatz in EUR

Person	Art der Privaten Krankenversicherung? (auch ambulante, stationäre bzw. Zahn-Zusatzversicherungen angeben)	Name der Gesellschaft?	Beantragter/abgelehnter Antrag bei einer privaten Krankenversicherung? Monat/Jahr?	Tagessatz in EUR		
				Krankenhaustagegeld	Krankentagegeld	Pflege
1						
2						

► 11. Gesundheitsangaben und Fragen zum Gesundheitszustand

Größe/Gewicht (ab 10 Jahren)

Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung setzt eine sogenannte Risikoprüfung voraus. Unsere Fachabteilungen werten diese Angaben aus. Bitte geben Sie auch Erkrankungen und Beschwerden an, die Sie als unwesentlich empfinden oder nicht als Erkrankung betrachten.

Person 1	cm	kg
Person 2	cm	kg

	Person 1		Person 2	
	ja	nein	ja	nein
1. Ist bei Ihnen eine ambulante oder stationäre Behandlung, Beratung oder Untersuchung durch einen Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten angeraten, beabsichtigt oder geplant (z. B. Desensibilisierung gegenüber Allergenen, Entfernung der Gallenblase, Schwangerenvorsorgeuntersuchung*)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sind bei Ihnen Kontrolluntersuchungen (keine Gesundheitschecks) oder Nachsorgeuntersuchungen durch einen Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten angeraten oder stehen noch Untersuchungsergebnisse aus? (z. B. Blutzuckerkontrolle, Tumornachsorge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie in den letzten 3 Jahren wiederholt oder regelmäßig Medikamente eingenommen oder angewendet (z. B. Tabletten, Tropfen, Spritzen, Salben) oder wurden Medikamente ärztlich angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Werden oder wurden Sie in den letzten 3 Jahren von einem Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten in den folgenden Bereichen behandelt, beraten oder untersucht? Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 3 Jahren Krankheiten (auch wenn Sie nicht behandelt wurden), Unfallfolgen oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?				
a) Herz und Kreislauf (z. B. Herzfehler, Herzrhythmusstörung, Angina pectoris, Bluthochdruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Blutgefäße (z. B. Hämorrhoiden, Krampfadern, Durchblutungsstörungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Atmungsorgane (z. B. Nasenscheidewandverbiegung, Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung, Lungenkrebs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Verdauungsorgane (z. B. Sodbrennen, Gallensteine, Fettleber, Magen-/Darmtraktentzündung, Darmkrebs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Harnorgane (z. B. Zysten, Nierensteine, Nierenbecken-/Blasenentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sterilität oder Fruchtbarkeitsstörung (z. B. eingeschränkte Fruchtbarkeit, Hormonbehandlung, künstliche Befruchtung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Stoffwechsel (z. B. Diabetes, erhöhte Blutfette, erhöhte Harnsäure, Struma mit/ohne Knoten kalt oder heiß)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Blut (z. B. Blutgerinnungsstörung, Thromboseneigung, Anämie, Leukämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Entzündliche Gelenk- oder Bindegewebserkrankungen (z. B. Arthritis, Morbus Bechterew, Rheuma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (z. B. Hepatitis, Borreliose, Gürtelrose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Gehirn oder Nervensystem (z. B. Epilepsie, Gehirnerschütterung, Kopfschmerzen/Migräne, Nervenentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Geschlechtsorgane (z. B. Myome, Zysten, Brustkrebs, Hodenkrebs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Rücken (z. B. Bandscheibenvorfall, wiederholte Verspannungen, Wirbelsäulensyndrom, Skoliose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Niegelenke, Hüftgelenke, Schultern oder Bewegungsapparat (z. B. Arthrose, Knorpel-/Meniskus-/Bänderschaden, Muskel-/Sehnenrisse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Allergien (z. B. Heuschnupfen, Kontaktallergie, Lebensmittelallergie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Haut (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautkrebs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Augen (z. B. Entzündung, grauer oder grüner Star)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Ohren (z. B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Tinnitus, Hörsturz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Sonstige nicht aufgeführte Bereiche (z. B. Anomalien, fehlende Organe/Gliedmaßen, Fremdmaterial nach Operationen, Leistenbruch, Fistel, bösartige/gutartige Neubildungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-/Rehabilitations-/Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Werden oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen psychischer Beschwerden/Erkrankungen (z. B. Psychotherapie, Depression, Trennungsproblematik, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom) oder Suchterkrankungen (z. B. durch Alkohol, Drogen) behandelt, beraten oder untersucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt, ist ein HIV-Test ärztlich angeraten oder steht ein Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Besteht eine Wehrdienstbeschädigung (WDB), Erwerbsminderung (MdE), anerkannte Schwerbehinderung (GdB), Berufskrankheit, Pflegebedürftigkeit oder ist ein Arbeitsunfall anerkannt? <input type="checkbox"/> WDB <input type="checkbox"/> MdE <input type="checkbox"/> GdB <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall (bitte %-Satz unten angeben und Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Nach den Versicherungsbedingungen besteht ein Anspruch auf Kindernachversicherung. Dieser setzt u.a. voraus, dass ein Elternteil am Tag der Geburt mindestens drei Monate bei uns versichert ist. Ist dies nicht der Fall, so kann eine Absicherung des Neugeborenen nur nach Risikoprüfung erfolgen.

▶ 12. Fragen zum Gebisszustand (Nur bei Absicherung von Zahnleistungen)

	Person 1		Person 2
	ja	nein	ja
1. Sind Sie in zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung bzw. ist eine solche angeraten oder beabsichtigt (z. B. auch wegen Funktionsstörungen des Kauorgans, Knirscherschienen, Parodontose oder Zahn- bzw. Kieferfehlstellungen)? Bei „ja“, bitte unten Ihren Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden angeben. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ab 14 Jahren: Fehlen Ihnen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (nicht Weisheitszähne/Lückenschluss)? . . . . . Bei „ja“ und einer Anzahl von mehr als 3 fehlenden Zähnen, bitte unten Ihren Zahnarzt angeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei „ja“, Anzahl? _____			
3. Ab 14 Jahren: Haben Sie mehr als 9 ersetzte oder überkronte Zähne (einschließlich Implantaten, Kronen, Brücken einschließlich Ankerkronen, Keramikverblendschalen, herausnehmbaren Teilprothesen, sowie Teleskopkronen mit Prothese)? . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei „ja“ und einer Anzahl von mehr als 15 ersetzten oder überkronten Zähnen, bitte unten Ihren Zahnarzt angeben.			
Bei „ja“, Anzahl aller ersetzten/überkronten Zähne – ohne durch Vollprothese ersetzte Zähne? _____			

▶ 13. Nähere Angaben zu Ziffer 11 und 12, falls dort eine Frage mit „ja“ beantwortet wurde (für jede Person)

Person	Zu Frage	Genaue Diagnose? Art der Beschwerden?	Behandlung, Art?	von	bis	Name, Adresse, Telefon, Fax des Arztes, Heilpraktikers, Therapeuten, Zahnarztes oder Kieferorthopäden	Operiert?	Art der Therapie? (auch Medikamente)
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> ja	

Person Zu Frage Bitte unbedingt angeben, wenn Ansprüche gegen andere Versicherungsträger bestehen! Bitte Nachweis beifügen!

Welcher Arzt/Heilpraktiker ist über Ihren Gesundheitszustand am besten unterrichtet? (Bitte vollständig mit Name, Adresse, Telefon, Fax angeben) Bei Beantragung von Primärarztтарifen geben Sie bitte zusätzlich Ihren Primärarzt an.

1 \_\_\_\_\_  keiner vorhanden

2 \_\_\_\_\_  keiner vorhanden

Reicht der Platz für Angaben zu Ziffer 13. nicht aus, bitte Ergänzungen auf einem unterschriebenen Beiblatt vornehmen (wird Bestandteil des Antrags).  
 Beiblätter benutzt?  ja; Anzahl? \_\_\_\_\_ Es wurde bereits eine Vorabanfrage gestellt  liegt diesem Antrag bei  wird nachgereicht

Sind Nebenabreden getroffen oder wurden Vorbehalte bzw. Bedingungen gestellt? Welche?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz

#### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Wir sind auf Ihre Angaben angewiesen, um das Risiko richtig einschätzen zu können und den Beitrag in einer angemessenen Höhe zu ermitteln.

Aus diesem Grund sind Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

#### Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

##### 1. Rücktritt

Verletzen Sie eine vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

##### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen,

- wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten oder
- soweit es sich um eine Krankheitskosten-Versicherung handelt, die die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz erfüllt.

##### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen.

Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

##### 4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

##### 5. Anfechtung

Wenn Sie uns arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten.

##### 6. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

## Teil 3:

### Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung:

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

Die unter 1. 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 Heilberufs) 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 beibringe.

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.

#### 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, Deutsche Lebensversicherungs-AG, Oldenburgische Landesbank AG und Vereinte Spezial Krankenversicherung 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:

#### 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 unten angefügt 1\*). Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.allianz.de/hinweise/datenschutz-grundsaeetze/index.html](http://www.allianz.de/hinweise/datenschutz-grundsaeetze/index.html) 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 erhoben, 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.

- Allianz Deutschland AG \* (Versicherungsbetrieb mit Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung),
- Allianz Managed Operations & Services SE \* (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe),
- AGA Service Deutschland GmbH \* (Assistancedienstleistungen),
- rehacare GmbH \*, Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Reha-Dienstleistungen)
- VLS Versicherungslogistik GmbH \* (Posteingangsbearbeitung)
- KVM ServicePlus – Kunden- und Vertriebsmanagement GmbH \* (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- IMB Consult GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- ViaMed GmbH (Medical Consulting, Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- Giesecke & Devrient GmbH (Herstellung der Allianz Card für Privatversicherte)
- 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)



## II. Für bestimmte Produkte benötigen wir folgende weitere Erklärungen zur Datenverarbeitung

### 1. Einwilligung in die Datenübermittlung zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Krankenversicherungsbeiträge

**Ich willige ein**, dass für die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Krankenversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zur Beitragsrückerstattung) von der Allianz Private Krankenversicherungs-AG den Finanzbehörden übermittelt werden.

Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen. Ein Widerruf ist für die Datenübermittlung der Beiträge wirksam, die ab dem Kalenderjahr gezahlt werden, das dem Jahr folgt, in dem die Datenübermittlung widerrufen worden ist.

**Ich willige ferner ein**, dass die Allianz Private Krankenversicherungs-AG zu diesem Zweck meine Identifikationsnummer nach § 139 b Abgabenordnung beim Bundeszentralamt für Steuern erheben darf.

### 2. Erklärung zur Nutzung der Steuer-Identifikationsnummer des Antragstellers

**Ich bin damit einverstanden**, dass meine Steuer-Identifikationsnummer von dem Allianz Versicherer, der mich um die Mitteilung der Steuer-Identifikationsnummer gebeten hat, auch für weitere bei ihm bestehende Verträge gespeichert wird, aus denen sich eine gesetzliche Verpflichtung zu einer Übermittlung meiner Steuer-Identifikationsnummer an die Finanzverwaltung oder die zentrale Stelle (§ 81 EStG) ergibt.

### 3. Bonitätsauskunft (nur bei Antrag auf Abschluss einer privaten Krankheitskostenvollversicherung und Zusatzversicherung mit Umstellungsoption auf Krankheitskostenvollversicherung)

**Ich willige jederzeit widerrufbar ein**, dass der Versicherer zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Vertragsverhältnisses Informationen über mein Zahlungsverhalten und meine Zahlungsfähigkeit (Bonitätsdaten) bei Auskunfteien einholt. Dabei kann die Auskunftei dem Versicherer ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren mitteilen (Score-Verfahren). Zur Identifikation werden Namen, Anschrift und Geburtsdatum verwendet.

### 4. Einwilligungserklärung bei Teilnahme an Gruppenversicherungs-, Kollektiv- oder Sammelinkassoverträgen (Rahmenverträge)

Nehme ich an einem der genannten Rahmenverträge teil, **willige ich ein**, dass der Rahmenvertragspartner dem Versicherer zur Ermittlung der teilnahmeberechtigten Personen meine Zugehörigkeit zum versicherbaren Personenkreis sowie mein Ausscheiden daraus mitteilen darf. Erteile ich diese Einwilligung nicht oder widerrufe sie später, ist eine Teilnahme am Rahmenvertrag nicht möglich.

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

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

## 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.


### Unterschriften


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 gefahrerheblichen 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

## 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.

### Zusätzliche Erklärung bei Antrag auf Abschluss einer Krankentagegeldversicherung:

Ich bestätige, dass der gewünschte Tagessatz auch unter Berücksichtigung bestehender und beantragter Versicherungen mein durchschnittliches Nettoeinkommen nicht übersteigt und, soweit ein Anstellungsverhältnis besteht, die gewählte Karenzzeit der Dauer der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall entspricht.

### Zusätzliche Erklärung zur Teilnahme an der Gruppen- bzw. Kollektivversicherung bei Antrag auf Abschluss einer privaten Krankenversicherung:

Die Bestimmungen des Gruppenversicherungs- bzw. Kollektivvertrages erkenne ich an.

### Empfangsbestätigung

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen erhalten:

- Vordruck des Antrags (Druckstücknummer SO-51-003ZO (11V) mit Stand 1.14) inkl. der „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ sowie der weiteren Erklärungen zur Datenverarbeitung bei bestimmten Produkten, der „Erklärungen und Hinweise zum Antrag“ und die „Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“
- „Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10 a Abs. 3 VAG“
- Produktinformationsblatt/-blätter, „Versicherungsinformationen“, Versicherungsbedingungen zu den beantragten Tarifen (falls kein Verzicht erklärt wurde)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller



### Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Markus Rieß

Vorstand: Dr. Birgit König, Vorsitzende;

Dr. Michael Hessling, Burkhard Keese, Christian Molt, Andree Moschner.

Sitz der Gesellschaft: München.

Registergericht: München HRB 2212

Hauptverwaltung:

Königinstr. 28, 80802 München

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 krankenversicherung@allianz.de  
– per Rückgabe an Vermittler