Neues Formular
Drucken

Allianz

ALLIANZ PRIVATE KRANKENVERSICHERUNGS-AG

Antrag auf Änderung eines Krankenversicherungs-Vertrags

Antwort an:

externe Vorgangs-Nr. _____ Makler

Fremd-Nr. _____ Kooperation/Untervermittler-Nr.

Vermittler-Nr. _____ ABV/Makler/Kooperation

B-Nr.b _____ ABV

FILHB _____ Kunden-Nr. _____ Berater-Nr. _____ VKZ _____ Bankordnungsmerkmal **FOM**

Vermittlername _____

Telefon _____

E-Mail-Adresse (Wichtig für Nachbearbeitungen) _____

Stempel des Vermittlers _____

Versicherungsnummer

AK- ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ (10-stellig)

1. Versicherungsnehmer ☐ Herr ☐ Frau

Nachname _____ Titel _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

E-Mail*) _____ Mobilfunk-Nr.*) _____

*) = Freiwillige Angaben, bei Interesse an „E-Mail statt Brief" sind Angaben zu E-Mail und Mobilfunk-Nr. erforderlich

E-Mail: Wir hinterlegen Ihre E-Mail-Adresse in unserer Kundendatenbank für künftige Rückfragen oder Korrespondenz zu Ihren Verträgen mit Allianz-Gesellschaften und für eine etwaige Identifizierung, falls Sie Online-Services der Allianz nutzen. Zu Werbezwecken nutzen wir Ihre E-Mail-Adresse nur, wenn Sie uns dazu eine gesonderte Werbeeinwilligung erteilen. Bitte teilen Sie uns etwaige Änderungen Ihrer E-Mail-Adresse mit.

Mobilfunk-Nr.: Wir hinterlegen Ihre Mobilfunknummer in unserer Kundendatenbank für künftige Rückfragen oder Korrespondenz zu Ihren Verträgen mit Allianz-Gesellschaften und für eine etwaige Identifizierung, falls Sie Online-Services der Allianz nutzen. Zu Werbezwecken nutzen wir Ihre Mobilfunknummer nur, wenn Sie uns dazu eine gesonderte Werbeeinwilligung erteilen. Bitte teilen Sie uns etwaige Änderungen Ihrer Mobilfunknummer mit.

Bitte **eine** Möglichkeit wählen!

E-Mail statt Brief

☐ Ja, ich bin daran interessiert, Dokumente zu allen meinen Allianz-Verträgen künftig nur per E-Mail zu erhalten.
Ich bin daher einverstanden, dass die Allianz Deutschland AG mir einmalig eine unverbindliche E-Mail sowie ggfs. zwei Erinnerungsmails mit Informationen und einem Link zur Anmeldung für „E-Mail statt Brief" an die angegebene Adresse zusendet. Meine Einwilligung in den E-Mailversand sowie in die Verarbeitung meiner Daten hierfür kann ich jederzeit, beispielsweise per E-Mail an krankenversicherung@allianz.de widerrufen.

☐ Nein, ich möchte alle Dokumente in Papierform per Post erhalten.

Uns ist es wichtig, Sie jederzeit bedarfsgerecht beraten zu können.

Wir als Allianz[1] möchten Sie zu unseren Angeboten aus den Bereichen Versicherung, Vorsorge und Vermögen[2] sowie zu besonderen Services[3] per E-Mail, Telefon, SMS und/oder Messenger-Dienst (WhatsApp, Facebook, Instagram, Xing, LinkedIn, iMessage) informieren und kontaktieren.

☐ **Ich bin einverstanden, dass die Allianz sich hierzu unter Verwendung der von mir angegebenen Daten[4] mit mir in Verbindung setzt.**

Wir geben Ihre Daten nicht unbefugt an Dritte weiter. Der Nutzung Ihrer Daten für Werbezwecke können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen, z. B. online unter allianz.de/werbewiderspruch

[1] Mit Ihrer Zustimmung berechtigen Sie folgende Allianz Gesellschaften: Allianz Deutschland AG, Allianz Kunde und Markt GmbH, Allianz Versicherungs-AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Deutsche Lebensversicherungs-AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Global Investors GmbH, Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG und die für Sie zuständige(n) Allianz Vertretung(en). [2] Die Bereiche Versicherung, Vorsorge und Vermögen umfassen insbesondere: Schaden- und Unfallversicherung, Private Krankenversicherung, Lebensversicherung, Vermögensanlage, Baufinanzierung und Bausparen. [3] Unsere besonderen Services umfassen insbesondere: Kundenevents, unser Kunden-Vorteilsprogramm, Tipps zur Schadensprävention und Befragungen zur Kundenzufriedenheit. [4] Hinweise zum Datenschutz: Ihre Kontaktdaten, die Sie im Rahmen einer Vertragsbeziehung oder bei einem anderen Kontakt mit den aufgeführten Allianz Gesellschaften oder der/den zuständigen Allianz Vertretung(en) angegeben haben bzw. künftig mitteilen werden (wie Anrede, Name, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer), werden von den aufgeführten Allianz Gesellschaften und der/den zuständigen Allianz Vertretung(en) verarbeitet und für die genannten Zwecke genutzt. Bitte beachten Sie unsere Datenschutzhinweise unter allianz.de/datenschutz

2. Änderungsbeginn _____ _____ _____

3. Zahlungsweise und -weg bleiben unverändert bestehen.

4. Änderungsantrag (Voraussetzungen für Vertragsänderungen siehe auf Seite 5 unter „Erläuterungen")

Ich beantrage folgende Vertragsänderung:

Vertragsänderung (Übermittlung Informationsblatt/-blätter zu Versicherungsprodukten/Versicherungsinformationen, außer bei 4.1 und 4.10, und Versicherungsbedingungen **gesetzlich vorgeschrieben**, falls kein Verzicht erklärt wird.)

☐ 4.1 Übergang auf Anwartschaftsversicherung (AwV) **bis zum** _____ _____ _____ Grund?

Name der gesetzlichen Krankenkasse _____

☐ 4.2 Bedingungsgemäße Kindernachversicherung innerhalb von 2 Monaten ab dem Tag der Geburt (nur in Unisextarife).
Nur bei Antrag auf Heilkosten-Vollversicherung bitte die Steuer-Identifikations Nr. des Neugeborenen angeben (11-stellig): ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Nur bei beantragtem Tarif PflegeBahr (PZTG02) soweit vorhanden, die Zulagenummer des zu versichernden Kindes angeben (12-stellig): ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Ich bestätige, dass das zu versichernde Kind in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung versichert ist. Darüberhinaus **verpflichte ich mich** eine Änderung der Verhältnisse, die die Anspruchsberechtigung nach § 126 des Elften Buches Sozialgesetzbuch betreffen, der Allianz Privaten Krankenversicherung **unverzüglich anzuzeigen**.

☐ 4.3 Änderung des Krankentagegeldes wegen Erhöhung des Nettoeinkommens gemäß den Versicherungsbedingungen (fristgemäß innerhalb von 2 Monaten), nicht innerhalb desselben Tarifs

Die Erhöhung des Nettoeinkommens war zum _____ _____ _____

Erhöhung des Nettoeinkommens auf mtl. _____ EUR. Dauer der Gehaltsfortzahlung _____

☐ 4.4 Niederstufung von Tagessätzen zur Krankentagegeld-/Krankenhaustagegeld-/Pflegetagegeld-/Kurkostenversicherung, nicht innerhalb desselben Tarifs

☐ 4.5 **Niederstufung innerhalb** einer Krankheitskosten-Vollversicherung (ohne tarifliche Mehrleistungen) **oder Tarifwechsel aus** einer Krankheitskosten-Vollversicherung in Krankheitskosten-Zusatzversicherung wegen Pflichtversicherung (ohne tarifliche Mehrleistungen)

☐ 4.6 Tarifwechsel innerhalb der Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Mehrleistungen

☐ 4.7 Fristgerechte Änderung des Versicherungsschutzes in der Krankheitskosten-Vollversicherung gemäß den Versicherungsbedingungen der Tarife für Personen mit Anspruch auf Beihilfe wegen Änderung des Beihilfebemessungssatzes

Die Änderung des Beihilfebemessungssatzes war zum _____ _____ _____

☐ 4.8 Übergang von Risikotarifen 180/Tarife B/Beihilfe Anwärter auf Normaltarife mit gleichartigen Leistungen innerhalb von einem Monat nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit entfiel zum _____ _____ _____

☐ 4.9 Tarifwechsel von Tarif 761 auf Tarif 760

☐ 4.10 Vereinbarung einer garantierten Beitragsentlastung im Alter/Vorsorgekomponente V

☐ 4.11 Optionsziehung aus OptionFlexiMed (OFM02): Optionsziehung ohne erneute Risikoprüfung in Heilkosten-Vollversicherung (zum 1. jeden Monats) oder Zusatzversicherung (zum 1.1. nach je 2 Versicherungsjahren). **Angaben zur derzeitigen Absicherung:**

Pers. 1: GKV ☐ pflichtig ☐ freiwillig, ☐ Heilfürsorge od. ☐ PKV: von _____ _____ _____ bis _____ _____ _____

Pers. 2: GKV ☐ pflichtig ☐ freiwillig, ☐ Heilfürsorge od. ☐ PKV: von _____ _____ _____ bis _____ _____ _____

Bei Optionsziehung einer Krankentagegeldabsicherung bitte angeben:

Bruttoeinkommen jährlich _____ EUR. Nettoeinkommen mtl. _____ EUR. Dauer der Gehaltsfortzahlung _____

Vertragsänderung (Übermittlung Informationsblatt/-blätter zu Versicherungsprodukten/Versicherungsinformationen und Versicherungsbedingungen gesetzlich nicht vorgeschrieben)

☐ 4.12 Übergang von AwV auf Vollversicherung. Ende der AwV/Ruhensversicherung für Tarif PZTG02. Die Krankenversicherungspflicht/der Anspruch auf Familienversicherung/die Heilfürsorge/der Beihilfeanspruch/der Auslandsaufenthalt, die Hilfebedürftigkeit nach SGB II oder SGB XII endet am _____ _____ _____

Ergeben sich Auswirkungen für die Pflege-Pflichtversicherung (SPV/PPV)? ☐ ja ☐ nein Bei Antwort „ja", welche? _____

☐ 4.13 Übergang auf Ruhensversicherung (**nur für Tarif PZTG02** Übergang auf AwV oder Ruhensversicherung) bis zum _____ _____ _____

Grund? _____

Name der gesetzlichen Krankenkasse (nicht notwendig für **Tarif PZTG02**) _____

☐ 4.14 Änderung des Krankentagegeldes wegen Erhöhung des Nettoeinkommens gemäß den Versicherungsbedingungen (fristgemäß innerhalb von 2 Monaten) innerhalb desselben Tarifs

Die Erhöhung des Nettoeinkommens war zum _____ _____ _____ Erhöhung des Nettoeinkommens auf mtl. _____ EUR

☐ 4.15 Niederstufung von Tagessätzen zur Krankentagegeld-/Krankenhaustagegeld-/Pflegetagegeld-/Kurkostenversicherung innerhalb desselben Tarifs

☐ 4.16 Erhöhung oder Reduzierung der garantierten Beitragsentlastung im Alter/Vorsorgekomponente V

☐ 4.17 Umwandlung künftiger Beitragsrückerstattungen (BRE) in eine Beitragsentlastung im Alter/Vorsorgekomponente V

5. Zu versichernde Personen (zusätzlich Familienname und Adresse, wenn nicht wie Versicherungsnehmer)

Pers.	Vorname	Geschl.	Geb.-Datum	Ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Studienfachrichtung
1	_____	m ☐ w ☐	_____	☐ selbstständig ☐ angestellt ☐ nicht erwerbstätig ☐ Angest. im öffentl. Dienst: ☐ Beamter: ☐ Bund ☐ Land: _____ Beihilfebemessungssatz ambulant _____ % stationär _____ % Stationäre Absicherung bei der Beihilfe ☐ Nur allgemeine Krankenhausleistungen ☐ auch Wahlleistung
	Bei vom Antragsteller abweichender Adresse, bitte angeben			
2	_____	m ☐ w ☐	_____	☐ selbstständig ☐ angestellt ☐ nicht erwerbstätig ☐ Angest. im öffentl. Dienst: ☐ Beamter: ☐ Bund ☐ Land: _____ Beihilfebemessungssatz ambulant _____ % stationär _____ % Stationäre Absicherung bei der Beihilfe ☐ Nur allgemeine Krankenhausleistungen ☐ auch Wahlleistung
	Bei vom Antragsteller abweichender Adresse, bitte angeben			

Befreiung von der Versicherungsteuer nach § 4 Abs. 1 Nr. 5. b) Versicherungsteuergesetz (VersStG)
Nur zu beantworten, wenn **Antragsteller/Versicherungsnehmer** und zu **versichernde Person** 1 / 2 **nicht identisch** sind.

Voraussetzung für die Befreiung von der Versicherungsteuer nach dem VersStG
Kranken- und Pflegeversicherungen sind von der Steuer befreit, sofern die Versicherungsleistung der Versorgung der natürlichen Person, bei der sich das versicherte Risiko realisiert (Risikoperson), oder der Versorgung von deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) oder von deren Angehörigen im Sinne des § 15 Abgabenordnung (AO) dient (§ 4 Abs. 1 Nr. 5. b) VersStG).

Als Angehörige bzw. nahe Angehörige gelten:
1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartner, Schwiegerkinder und Enkelkinder,
4. Verlobte,
5. Kinder der Geschwister,
6. Geschwister der Eltern,
7. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder).

Person 1 / 2 ist Angehöriger des **Antragstellers/Versicherungsnehmers** nach § 7 Pflegezeitgesetz oder § 15 Abgabenordnung.

Person1 ☐ ja ☐ nein **Person 2** ☐ ja ☐ nein

Sollte die Angehörigeneigenschaft nicht bestehen, können wir für diese Person den Vertrag aus steuerrechtlichen Gründen nicht abschließen. Der Antragsteller/Versicherungsnehmer verpflichtet sich, beim nachträglichen Wegfall einer bei Antragstellung bestehenden Angehörigeneigenschaft der versicherten Person eine Empfangsberechtigung nach § 194 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zu erteilen.

6. Tarife/Beiträge – Monatsbeiträge in EUR

Pers.	Tarif	Tagessatz/Vorsorgekomponente V	Tarifbeitrag	(+) Zuschlag (–) Abschlag	Monatsbeitrag *)	wegf. Tarif/Tagessatz	Pers.	Tarif	Tagessatz/Vorsorgekomponente V	Tarifbeitrag	(+) Zuschlag (–) Abschlag	Monatsbeitrag *)	wegf. Tarif/Tagessatz

Anfallende Versicherungsteuer/Abgabe	EUR	
Gesamt	EUR	
unveränderter Gesamtmonats-Beitrag	EUR	
neuer Gesamtmonats-Beitrag	**EUR**	

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

7. Garantierte Beitragsentlastung im Alter mit BRE-Umwandlung und/oder Einmalzahlung (nur bei aktiver Krankheitskosten-Vollversicherung möglich)

Pers.	BRE-Umwandlung ja	BRE-Umwandlung nein	Einmalzahlung EUR	Entlastungsbetrag EUR
	☐	☐		
	☐	☐		

SO-51-012Z0 (17V) Gültig vom 1.1.2024–31.12.2024

PESVA01402

Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung:

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

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der ab 25.05.2018 wirksamen EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten für den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, Ihre Allianz Private Krankenversicherungs-AG (im Folgenden „der Versicherer"), daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Damit wir in der Vertragsdurchführung auch die von Ihnen ausschließlich zur Leistungsprüfung zur Verfügung gestellten Ergebnisse aus diagnostischen genetischen Untersuchungen (im Folgenden „genetische Daten") erheben und verwenden dürfen, benötigen wir auch hierfür Ihre Einwilligung (zur Prüfung dieses Antrages dürfen genetische Daten vom Versicherer weder erhoben noch verwendet werden). 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.

Wir nutzen Verfahren zur automatisierten Entscheidung über Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen, um Ihre vertraglich vereinbarten Ansprüche schnell und effizient bearbeiten zu können. In der Regel beruhen diese Verfahren auf gesetzlichen Regelungen. Bei der Verarbeitung von Gesundheitsdaten gibt es aber einige wenige Konstellationen, wo wir Ihre Einwilligung benötigen.

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

Soweit die Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten auf der Grundlage einer ausdrücklichen Einwilligung erfolgt, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ist Ihre Einwilligung zur Durchführung des Vertrages erforderlich, wird ein Widerruf dazu führen, dass die Leistung nicht mehr erbracht werden kann.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten sowie unter 1. und 3. auch den von Ihnen zur Prüfung der Leistungspflicht zur Verfügung gestellten genetischen Daten

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

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 und genetischen Daten durch den Versicherer

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

Weiter willige ich ein, dass die geltend gemachten Ansprüche auf Versicherungsleistungen im Rahmen der vertraglichen Vereinbarungen vom Versicherer automatisiert entschieden werden dürfen, wenn dabei Gesundheitsdaten verarbeitet werden.

Darüber hinaus willige ich ein, dass der Versicherer die von mir zukünftig im Rahmen der Vertragsdurchführung – ausschließlich zur Prüfung seiner Leistungspflicht – zur Verfügung gestellten genetischen Daten zweckgebunden erheben, speichern und nutzen darf.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir 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.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an den Versicherer einwilligen oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten, genetischen Daten 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

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten, die von Ihnen in der Leistungsfallbearbeitung zur Verfügung gestellten genetischen Daten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und meine ausschließlich zur Prüfung seiner Leistungspflicht zur Verfügung gestellten genetischen Daten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten und genetischen Daten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten, genetischen Daten 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 Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten sowie der von Ihnen in der Leistungsfallbearbeitung zur Verfügung gestellten genetischen Daten 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/datenschutz eingesehen oder bei uns (Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 09, krankenversicherung@allianz.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und genetischen Daten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten sowie die von mir ausschließlich zur Prüfung seiner Leistungspflicht zur Verfügung gestellten genetischen Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten und genetischen Daten 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, genetischen Daten und anderer von der Schweigepflicht geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

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

Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, Allianz Direct Versicherungs-AG (Konzerngesellschaft der Allianz SE), ADAC Autoversicherung AG (ein Unternehmen der Allianz Gruppe) 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 SE* (zentrale Governance- und Compliancefunktion, statistische Auswertungen)
- Allianz Deutschland AG* (Betrieb Unterstützung für das Onlineportal Meine Allianz)
- Allianz Kunde und Markt GmbH* (vertriebs- und kundennahe Servicedienstleistungen)
- Allianz ONE Business Solutions GmbH* (kundennahe Serviceleistungen)
- Allianz Technology SE* (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe)
- AWP 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)
- Gevecom GmbH (Telefonservice)
- Telcon GmbH (Telefonservice)
- Deutsche Post Adress GmbH und Co. KG (Adressmanagement)
- IBM Deutschland GmbH (IT-Wartung)
- HL Casework GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- IMB Consult GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- Medexo 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)
- G + D Mobile Security GmbH (Herstellung der Allianz Card für Privatversicherte)
- Rechtsanwälte Giebel und Kollegen (Einzug notleidender Forderungen, Mahnverfahren)
- Rechtsanwälte Purps, Vogel, Flinder (GbR) (Einzug notleidender Forderungen, Mahnverfahren)
- ML Rechtsanwälte (GbR) – (Einzug notleidender Forderungen, Mahnverfahren)
- Seghorn GmbH (Einzug notleidender Forderungen, Mahnverfahren)
- Sirius Inkasso GmbH (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)

3.3 Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit und keine genetischen Daten 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.

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

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.

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.

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 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.

Vollmacht zur förderfähigen Pflege-Zusatzversicherung

Mit Abschluss des Vertrags über die förderfähige Pflege-Zusatzversicherung wird die Allianz Private Krankenversicherungs-AG bevollmächtigt, für jedes Beitragsjahr die Pflegevorsorge-Zulage zu beantragen sowie eine Zulagenummer, sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer zur Gesetzlichen Rentenversicherung für die versicherte Person noch nicht vergeben wurde. Die Vollmacht gilt für alle zulageberechtigten Personen dieses Vertrags und für die gesamte Vertragslaufzeit.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Versicherung, Vorsorge und Vermögensbildung sind Vertrauenssache. Daher ist es für uns sehr wichtig, Ihre Persönlichkeitsrechte zu respektieren. Das gilt insbesondere für den Umgang mit Ihren persönlichen Daten.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die Allianz Private Krankenversicherungs-AG (im Folgenden „der Versicherer"), die Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
10870 Berlin
Telefon: 08 00.4 10 01 09
E-Mail: krankenversicherung@allianz.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Die Erstellung von Angeboten sowie der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages sind ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (im Folgenden „Daten") nicht möglich.

Zur Erstellung von individuellen Angeboten sowie zur Prüfung Ihres Antrags auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen gemachten Angaben und ggf. ergänzende Angaben Dritter, um das von uns zu übernehmende Risiko einschätzen zu können. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir Ihre Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses. Kommt der Vertrag nicht zustande, speichern wir Ihre Gesundheitsdaten drei volle Kalenderjahre für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um den Eintritt und den Umfang des Versicherungsfalles, Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge sowie ggf. den Eintritt und die Abwicklung von Regressforderungen prüfen zu können. Die Daten nutzen wir weiterhin für eine Betrachtung und Pflege der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise für die Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder für umfassende Auskunftserteilungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Daten zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben, zur Geschäftssteuerung oder zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife und Produkte sowie zu deren Kalkulation.

Wir verarbeiten Ihre Daten aufgrund der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft" verpflichtet, die gesetzliche Anforderungen für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zur Durchführung für vorvertragliche Maßnahmen sowie zur Durchführung des Vertragsverhältnisses. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie Gesundheitsdaten, erforderlich sind, benötigen wir grundsätzlich Ihre Einwilligung, es sei denn, es liegen die Voraussetzungen eines gesetzlichen Tatbestandes vor, z. B. bei der Gesundheitsvorsorge oder der Erstellung von Statistiken.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, wenn es erforderlich ist, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere der Fall sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten insbesondere durch Datenanalysen zur Missbrauchsbekämpfung,
- für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Allianz Deutschland-Gruppe und deren Kooperationspartner. Dabei betrachten wir Aspekte, wie das von Ihnen bei uns gehaltene Produktportfolio und Ihre persönliche Situation, um Ihnen individuell passende Produktempfehlungen geben zu können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungs- und Nachweispflichten oder obliegender Beratungspflichten).

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler:
Der selbständige Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, mit welchem Inhalt der Vertrag geschlossen wurde und dabei auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Darüber hinaus übermitteln wir die zur Betreuung Ihrer Versicherungsverträge benötigten Daten an den zuständigen Vermittler, der diese zu Beratungs- und Betreuungszwecken verarbeitet.

Spezialisierte Unternehmen unserer Unternehmensgruppe sowie externe Dienstleister:
Spezialisierte Unternehmen unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen in gemeinsam nutzbaren Verfahren wahr. Daten von Antragstellern und Versicherten können in zentralisierten Verfahren wie Telefonate, Post und Inkasso von diesen Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden.

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten auch externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, sowie der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie der Übersicht in diesem Antrag sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter [www.allianz.de/datenschutz] entnehmen oder bei uns anfordern.

Weitere Empfänger:
Darüber hinaus können wir Ihre Daten an weitere Empfänger übermitteln, z. B. an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten.

Dauer der Datenspeicherung

Grundsätzlich löschen wir Ihre Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Wir bewahren Ihre Daten für die Zeit auf, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich, unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch sowie der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn volle Jahre.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten sowie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht
Sie können einer Verarbeitung Ihrer Daten zu Zwecken der Direktwerbung widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen.

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der oben genannten Adresse.

Daneben haben Sie die Möglichkeit, sich an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.
Die für uns zuständige Behörde ist:
Das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht in Ansbach.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir nach dem 25.05.2018 Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Diese können Sie dann im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen oder bei uns anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir bei der Nutzung von digitalen Antragsstrecken automatisiert über das Zustandekommen des Vertrages und über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten (wie Krankenhäusern) hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir automatisiert über unsere Leistungspflicht. Die automatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Prüfung und Gewichtung der Informationen.

Automatisierte Entscheidungen zu Ihren Ansprüchen auf Versicherungsleistungen basieren auf den mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen, wie dem Versicherungsvertrag und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie auf der Anwendung verbindlicher Entgeltregelungen, wie den gebührenrechtlichen Regelungen der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ), Heilpraktiker (GebüH) oder dem Krankenhausentgeltgesetz sowie der Bundespflegesatzverordnung. Zur Prüfung des Umfanges Ihrer Leistungen berücksichtigen wir zudem die von uns zu Ihrer Person verarbeiteten Gesundheitsdaten.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

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.[1] 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.

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 unter **Ziffer 1. bis 7. (einschließlich Werbeeinwilligung, sofern angekreuzt)** aufgeführten Erklärungen, einschließlich der **„Erklärungen zur Datenverarbeitung“** unter **I.** und **II.** ab.
Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die „Hinweise zum Antrag“ habe ich zur Kenntnis genommen. Zu dieser Willenserklärung bestehen keine Nebenabreden.

Mir ist bekannt, dass diese Vereinbarung erst zustande kommt, wenn mir eine schriftliche Annahmeerklärung des Versicherungsunternehmens zugegangen ist.

Gesetzlich vertretene Personen unterschreiben ab vollendetem 16. Lebensjahr.

✗ ✗
Ort, Datum — Unterschrift Versicherungsnehmer

✗
Unterschrift der zu versichernden Person 1 ab 16 Jahren

✗
Unterschrift der zu versichernden Person 2 ab 16 Jahren

✗
Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Stempel und Unterschrift des Vermittlers

Empfangsbestätigungen

Empfangsbestätigung bei einem Änderungsantrag gemäß Ziffer 4.1–4.11

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen erhalten:
- Antragsdokument (Druckstücknummer SO-51-012Z0 (17V) mit Stand 1.24) inkl. der „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“, sowie der weiteren Erklärungen zur Datenverarbeitung bei bestimmten Produkten und der „Erklärungen und Hinweise zum Antrag“
- „Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht“
- „Informationsblatt/-blätter zu Versicherungsprodukten“, „Versicherungsinformationen“, Versicherungsbedingungen zu den beantragten Tarifen (falls kein Verzicht erklärt wurde)

✗
Unterschrift Versicherungsnehmer

Empfangsbestätigung bei einem Änderungsantrag nach Ziffer 4.12–4.17

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen erhalten:
- Antragsdokument (Druckstücknummer SO-51-012Z0 (17V) mit Stand 1.24) inkl. der „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“, sowie der weiteren Erklärungen zur Datenverarbeitung bei bestimmten Produkten und der „Erklärungen und Hinweise zum Antrag“
- „Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht“

✗
Unterschrift Versicherungsnehmer

Allianz Private Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Klaus-Peter Röhler.
Vorstand: Dr. Jan Esser, Vorsitzender;
Daniel Bahr, Dr. Klaus Berge, Tina Maric, 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: München HRB 2212
Hauptverwaltung: Königinstr. 28, 80802 München

Erläuterungen

zu Ziffer 4.1 Übergang auf Anwartschaftsversicherung (AwV)
Der Abschluss einer AwV ist möglich für die Dauer
- der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht/Arbeitslosigkeit
- des Anspruches auf Familienversicherung,
- des Anspruches auf Heilfürsorge,
- eines Beihilfeanspruches,
- eines längeren ununterbrochenen Auslandsaufenthaltes; Gemäß lokalem Recht können ggf. Versicherungsteuer und weitere Abgaben zum gezahlten Versicherungsbeitrag – bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des europäischen Wirtschaftsraumes – anfallen. Das gilt auch für Zusatztarife, Anwartschaftsversicherung und Pflege-Pflichtversicherung.
- einer Unterbrechung der Erwerbstätigkeit bei der Krankentagegeldversicherung,
- einer vorübergehenden Berufsunfähigkeit bei der Krankentagegeldversicherung,
- des gesetzlichen Mutterschutzes und der Elternzeit bei der Krankentagegeldversicherung. Bei einem Eintritt in eine gesetzliche Krankenkasse ist der Name der Kasse anzugeben. Ein Anspruch auf die tariflichen Leistungen besteht für die Dauer der AwV nicht. Es gelten die bisherigen vertraglichen Vereinbarungen einschließlich der AwV-Bestimmungen. Bei unbefristeter AwV ist der Wegfall der Gründe, die zur AwV geführt haben, innerhalb von **zwei Monaten** dem Versicherer zu melden.

zu Ziffer 4.2 Anmeldung Neugeborener
Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt. Voraussetzung ist, dass
- am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist (bei Gruppenversicherung: wenn ein Elternteil bereits am Gruppenversicherungsvertrag teilnimmt);
- die Anmeldung zur Mitversicherung innerhalb von **zwei Monaten nach dem Tag der Geburt** erfolgt;
- der Versicherungsschutz **nicht höher oder umfassender** als der eines versicherten Elternteils ist – dies gilt nicht, wenn für ein Elternteil Versicherungsschutz nach alter Welt (= ohne Übertragungswert) besteht, dieser nicht mit Übertragungswert zur Verfügung steht und für das Kind Versicherungsschutz mit Übertragungswert angemeldet wird.

zu Ziffer 4.3 Änderung des Krankentagegeldes
- Verkürzt sich bei Wechsel des Arbeitgebers die Dauer der Entgeltfortzahlung, so kann im Rahmen der tariflich vorgesehenen Karenzzeiten der Wechsel auf einen Tarif mit entsprechend kürzerer Karenzzeit beantragt werden.
- Bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit kann eine prozentual entsprechende Erhöhung des Krankentagegeldes beantragt werden. In beiden Fällen wird auf die Wartezeit sowie eine erneute Gesundheitsprüfung verzichtet, wenn der Antrag innerhalb von **zwei Monaten zum nächsten Monatsersten** gestellt wird. Ich bestätige, dass der gewünschte Tagessatz auch unter Berücksichtigung bestehender und beantragter Versicherungen mein durchschnittliches Nettoeinkommen nicht übersteigt und die gewählte Karenzzeit der Dauer der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall entspricht. Besteht Arbeitsunfähigkeit zum Zeitpunkt des Änderungsbeginns, ist bis zur Beendigung dieses Versicherungsfalles kein Anspruch auf die Mehrleistungen gegeben.

zu Ziffer 4.4 Niederstufung von Tagessätzen
Es gelten die Versicherungsbedingungen in der jeweils gültigen Fassung.

zu Ziffer 4.5 Niederstufung innerhalb der Krankheitskosten-Vollversicherung (ohne tarifliche Mehrleistungen) oder Tarifwechsel aus einer Krankheitskosten-Vollversicherung in Krankheitskosten-Zusatzversicherung wegen Pflichtversicherung (ohne tarifliche Mehrleistungen) und
zu 4.6 Tarifwechsel innerhalb der Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Mehrleistungen.
Nähere Erläuterungen gibt der Vermittler.

zu Ziffer 4.7 Änderung des Beihilfebemessungssatzes
Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Erhöhungen des Beihilfebemessungssatzes dem Versicherer innerhalb von **sechs Monaten,** vom Eintritt der Erhöhung an gerechnet, schriftlich anzuzeigen. Vermindert sich der Bemessungssatz für die versicherte Person oder entfällt der Beihilfeanspruch, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers in der Krankheitskostenversicherung eine entsprechende Erhöhung des Versicherungsschutzes. Der Versicherungsschutz kann nur soweit erhöht werden, dass er die Verminderung des Bemessungssatzes oder den Wegfall des Beihilfeanspruches ausgleicht, jedoch nicht mehr, als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Wird der Antrag innerhalb von **sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruches** gestellt, werden die erhöhten Leistungen ohne erneute Wartezeit und Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beihilfeänderung an gewährt. Die Änderung des Beihilfeanspruches ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

zu Ziffer 4.8 Übergang von Risikotarifen 180/Tarife B/Beihilfe Anwärter auf Normaltarife
Die Versicherung nach Tarif 180 endet mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 36 Monaten, vor Ablauf der Höchstversicherungsdauer mit Ablauf des Monats,
- in dem die Berufsausbildung zum Arzt beendet wird;
- in dem die Berufsausbildung zum Arzt vorzeitig abgebrochen bzw. mehr als 6 Monate unterbrochen wird;
- in dem eine Tätigkeit als angestellter Arzt aufgenommen wird oder eine Niederlassung als Arzt erfolgt;
- in dem das 34. Lebensjahr vollendet wird.

Die Versicherung nach den **Tarifen B/Beihilfe Anwärter** endet mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 36 Monaten, vor Ablauf der Höchstversicherungsdauer mit Ablauf des Monats,
- in dem die Ausbildung beendet wird;
- in dem die Ausbildung vorzeitig abgebrochen bzw. mehr als 6 Monate unterbrochen wird;
- in dem das 39. Lebensjahr vollendet wird.

Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit innerhalb **eines Monats** schriftlich anzuzeigen.

zu Ziffer 4.9 Tarifwechsel von Tarif 761 auf Tarif 760
Es gelten die Versicherungsbedingungen in der jeweils gültigen Fassung.

zu Ziffer 4.10 V-Tarife mit garantierter Beitragsentlastung im Alter/ Vorsorgekomponente V
Es gelten die Versicherungsbedingungen in der jeweils gültigen Fassung. Zur Beitragsbegrenzung im Alter bietet die Allianz Private Krankenversicherungs-AG Tarife mit garantierter Beitragsentlastung an.

zu Ziffer 4.11 Optionsziehung aus OptionFlexiMed (OFM02):
Die Ausübung in die HKV ist möglich nach Ende der Versicherungspflicht (innerhalb der gesetzlichen Fristen auch nahtlos mit dem Ende) oder als freiwillig Versicherte zum Monatsersten (keine Rückdatierung). Neben HKV-Tarifen sind weitere Tarife wie die AktiMedWechselOption, die PPV, KT oder Pflegezusatz möglich. Nach je 2 Versicherungsjahren kann die **Option für Zusatzversicherungen** (auch für KT oder Pflegezusatz, nicht aber für KHU02 und KHPOPT02) genutzt werden. Die Ausübung muss vor dem jeweiligen 01.01. beantragt werden und kann mehrfach erfolgen.

zu Ziffer 4.12 Übergang von AwV auf Vollversicherung
Der Übergang auf die Krankheitskostenversicherung ist spätestens **zwei Monate nach Wegfall der Voraussetzungen** anzumelden. Bei fristgemäßer Anmeldung erfolgt der Übergang zum Ersten des Monats, in dem die Voraussetzungen für eine AwV weggefallen sind oder zum Ersten des Folgemonats. Mit dem Aufleben der PPV ist die Höhe des aktuellen Einkommens wegen evtl. Rabattansprüche zu berücksichtigen. Nähere Erläuterungen gibt der Vermittler.

zu Ziffer 4.13 Übergang auf Ruhensversicherung
- Tarif 180 und Tarife B/Beihilfe Anwärter

Besteht vorübergehend Krankenversicherungspflicht oder Anspruch auf Familienversicherung, kann das Ruhen der Versicherung für höchstens **12 Monate** vereinbart werden. Bei einem Eintritt in eine gesetzliche Krankenkasse ist der Name der Kasse anzugeben.
- Während der Ruhensversicherung **gelten die Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen** fort:

– Es besteht keine Leistungspflicht des Versicherungsunternehmens;
– Beiträge sind nicht zu entrichten;
– der Lauf der Fristen der Versicherungsbedingungen wird nicht unterbrochen.
- Mit Beendigung der Ruhenszeit **tritt die Versicherung wieder in Kraft.** Die während der Ruhenszeit aufgetretenen Erkrankungen einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen sind im Rahmen der geltenden Versicherungsbedingungen nach dem Ende der Ruhenszeit in den Versicherungsschutz einbezogen. Für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, wird nur für den Teil geleistet, der in die Zeit nach dem Wiederinkrafttreten der Versicherung fällt. Erhöht sich die monatliche Beitragsrate gegenüber derjenigen vor Beginn der Ruhenszeit, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Beendigung der Ruhenszeit zu diesem Zeitpunkt die wieder in Kraft tretende Versicherung kündigen.

zu Ziffer 4.14 siehe zu Ziffer 4.3 Änderung des Krankentagegeldes

zu Ziffer 4.15 siehe zu 4.4 Niederstufung von Tagessätzen

zu Ziffer 4.16 siehe zu Ziffer 4.10 Tarife mit garantierter Beitragsentlastung im Alter/Vorsorgekomponente V

zu Ziffer 4.17 Umwandlung künftiger Beitragsrückerstattungen
Es gelten die Sonderbedingungen für die garantierte Beitragsentlastung im Alter gegen Einmalzahlung.

Neues Formular

Drucken