Neues Formular

Drucken

Allianz

ALLIANZ PRIVATE KRANKENVERSICHERUNGS-AG

Antrag Krankenversicherung Pflegeversicherung für Profisportler

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 _____

Hinweis

Wir empfehlen für das Ausfüllen unserer PDF-Anträge das Programm Adobe Reader/Acrobat zu verwenden.

In anderen Anwendungen können aufgrund der hinterlegten Programmierungen Fehlermeldungen auftreten.

SO-51-141Z0 (06V) Gültig vom 1.1.2024–31.12.2024

PESVA03135

Teil 1:

Sind Sie bereits Kunde der Allianz Privaten Krankenversicherung? *)

☐ ja, Versicherungsnummer: AK- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (10-stellig)

Hat eine Risikovorprüfung stattgefunden?

☐ ja, Versichertennummer: AK- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (10-stellig)

1. Antragsteller ☐ Herr ☐ Frau

Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer.

Änderung zu den bisherigen Angaben? ☐ ja ☐ nein

Nachname | Titel | Ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Art des Unternehmens ☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ nicht erwerbstätig

Vorname | Geburtsdatum | Steuer-Identifikations-Nr. (11-stellig) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Straße, Hausnummer | E-Mail*)

Postleitzahl | Wohnort | 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. Versicherungs-/Änderungsbeginn

0 1 _____ _____

3. Antragserklärung Kranken-/Pflegeversicherung

☐ **Antrag** Ich beantrage den Abschluss eines **Kranken-/Pflegeversicherungs-Vertrages** für die nachstehend aufgeführte Person nach den jeweils bezeichneten Tarifen.

☐ **Antrag** zur Teilnahme*) am ☐ **Gruppenversicherungsvertrag (GV)** ☐ **Kollektivvertrag (KolV)/Sammelinkassovertrag** (Vertrags-Nr.) _____

mit folgendem Vertragspartner: _____

Ich bin beim Vertragspartner seit _____ ☐ Mitarbeiter ☐ Mitglied ☐ Versicherter ☐ Sonstiges: _____

*) Bitte ggf. einen Nachweis zur Berechtigung der Teilnahme am GV/KolV beilegen.

4. Zu versichernde Person (zusätzlich Familienname, wenn nicht wie Antragsteller)

Ein zweiter Antrag mit weiteren Personen folgt ☐ ja ☐ nein

Namens- und Adressänderungen sind der Allianz Privaten Krankenversicherung mitzuteilen.

Vorname | Geschl. m ☐ w ☐ | Geb.-Datum | Ausgeübte berufliche Tätigkeit: Profisportler/in

☒ angestellt Sportart: _____

Steuer-Identifikations-Nr. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Bei vom Antragsteller abweichender Adresse, bitte angeben

5. Tarife/Beiträge – Monatsbeiträge in EUR

Tarif	Tagessatz/Vorsorge-komponente V in EUR	Tarifbeitrag	(+) Zuschlag (–) Abschlag	Monatsbeitrag *)	wegfallender Tarif/Tagessatz

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.

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

Zuschlag für fehlende Zähne	EUR	
Zuschlag für ersetzte/überkronte Zähne	EUR	
Zwischensumme	EUR	
unveränderter Monatsbeitrag	EUR	
Gesamtmonatsbeitrag Pflege-Pflichtversicherung		Gesamtmonatsbeitrag Krankenversicherung

6. Zahlungsweise der Beiträge (im Voraus)

Ihre Beiträge sind monatlich zur Zahlung fällig. Wenn Sie bei uns bereits einen Vertrag mit anderer als monatlicher Zahlungsweise abgeschlossen haben, gilt diese auch für den geänderten Vertrag weiterhin.

Fragen zu gefahrerheblichen Umständen

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen. Sie sind verpflichtet, diese Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen (Anzeigepflichtverletzung).

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.

7. Angaben zum Einkommen

Arbeitnehmer:

Durchschnittliches monatliches **Bruttoeinkommen** der letzten 12 Monate aus dieser Tätigkeit ..... EUR

Durchschnittliches monatliches **Nettoeinkommen** der letzten 12 Monate aus dieser Tätigkeit (maximal 80% des regelmäßigen monatlichen Bruttoeinkommens ohne Prämien, Sonderzahlungen und/oder Sachbezüge) ..... EUR

Dauer der Gehaltsfortzahlung ..... Wochen

8. Angaben zur Pflege-Pflichtversicherung (PPV)

8.1. Innerhalb der letzten zehn Jahre ist eine **PPV** von **mindestens zwei Jahren** anzugeben.

bei _____ von – bis _____

8.2 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)

☐ Angaben wie bisher, sofern nicht nachstehend vermerkt.

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

Art der Versicherung?	Name der Krankenkasse?	bei GKV	GKV von – bis/seit?	Höhe in EUR Krankengeld
☐ GKV		☐ freiwillig ☐ pflichtig		

10. Andere private Kranken-/Tagegeldversicherungen

☐ Angaben wie bisher, sofern nicht nachstehend vermerkt.

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)?

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

11. Gesundheitsangaben und Fragen zum Gesundheitszustand

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig.
Geben Sie die abgefragten Krankheiten auch dann an, wenn Sie ihnen nur geringe Bedeutung beimessen.

		ja	nein
1.	Ist bei Ihnen eine **ambulante** oder **stationäre Operation, Behandlung, Untersuchung oder Beratung** durch einen **Arzt, Heilpraktiker** oder anderen **Therapeuten angeraten, beabsichtigt** oder **geplant** (z. B. Desensibilisierung gegenüber Allergenen, Arthroskopie, manuelle/physiotherapeutische Behandlung, Entfernung der Gallenblase)?	☐	☐
2.	Sind bei Ihnen **Kontrolluntersuchungen** (keine Gesundheitschecks) oder **Nachsorgeuntersuchungen** durch einen Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten **angeraten** oder stehen noch **Untersuchungsergebnisse** aus? (z. B. Laboruntersuchung, Tumornachsorge)	☐	☐
3.	Haben Sie in den letzten **3 Jahren wiederholt** oder **regelmäßig Medikamente** eingenommen oder angewendet (z. B. Tabletten, Tropfen, Spritzen, Salben, Pulver) oder wurden Medikamente ärztlich angeraten?	☐	☐
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, Sportlerherz, Herzrhythmusstörung, Angina pectoris, Bluthochdruck)?	☐	☐
	b) **Blutgefäße** (z. B. Hämorrhoiden, Krampfadern, Durchblutungsstörungen)?	☐	☐
	c) **Atmungsorgane** (z. B. Nasenscheidewandverbiegung, Asthma, Bronchitis, hyperreagibles Bronchialsystem, Lungenentzündung, Lungenkrebs)?	☐	☐
	d) **Verdauungsorgane** (z. B. Sodbrennen, Gallensteine, Fettleber, Magen-/Darmentzündung, nervöser Magen, Darmkrebs)?	☐	☐
	e) **Harnorgane** (z. B. Zysten, Nierensteine, Nierenbecken-/Blasenentzündung)?	☐	☐
	f) **Sterilität** oder **Fruchtbarkeitsstörung** (z. B. eingeschränkte Fruchtbarkeit, Hormonbehandlung, künstliche Befruchtung)?	☐	☐
	g) **Stoffwechsel** (z. B. Diabetes, erhöhte Blutfette, erhöhte Harnsäure, Struma mit/ohne Knoten kalt oder heiß)?	☐	☐
	h) **Blut** (z. B. Blutgerinnungsstörung, Thromboneigung, Anämie, Leukämie)?	☐	☐
	i) **Entzündliche Gelenk-** oder **Bindegewebserkrankungen** (z. B. Arthritis, Rheuma)?	☐	☐
	j) **Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten** (z. B. Hepatitis, Borreliose, Gürtelrose)?	☐	☐
	k) **Gehirn** oder **Nervensystem** (z. B. Epilepsie, Gehirnerschütterung, Kopfschmerzen/Migräne, Nervenentzündung, Nervenschmerzen)?	☐	☐
	l) **Geschlechtsorgane** (z. B. Hodenkrebs, Zysten)?	☐	☐
	m) **Rücken** (z. B. Bandscheibenvorfall, Kyphose, Lordose, Skoliose, wiederholte Verspannungen, Wirbelsäulensyndrom)?	☐	☐
	n) **Kniegelenke, Hüftgelenke, Schultern** oder **Bewegungsapparat** (z. B. Arthrose, Knorpel-/Meniskus-/Bänderschaden, Muskel-/Sehnenriss)?	☐	☐
	o) **Allergien** (z. B. Heuschnupfen, Kontaktallergie, Lebensmittelallergie)?	☐	☐
	p) **Haut** (z. B. Akne, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautkrebs)?	☐	☐
	q) **Augen** (z. B. Entzündung, grauer oder grüner Star)?	☐	☐
	r) **Ohren** (z. B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Tinnitus, Hörsturz)?	☐	☐
	s) **Sonstige nicht aufgeführte Bereiche** (z. B. Anomalien, fehlende Organe/Gliedmaßen, Fremdmaterial nach Operationen, Leistenbruch, Fistel, bösartige/gutartige Neubildungen)?	☐	☐
5.	Werden oder wurden bei Ihnen in den letzten 3 Jahren eine manuelle Therapie oder physiotherapeutische Behandlungen durchgeführt? Wenn ja, bitte den Grund (z. B. Muskelzerrung, Prellung, Adduktorenzerrung) angeben.	☐	☐
6.	Wurde bei Ihnen bereits eine Arthroskopie (z. B. im Knie, Sprunggelenk, Schultergelenk) durchgeführt oder haben Sie ein operiertes Knie? Wenn ja, bitte den Grund angeben.	☐	☐
7.	Besteht bei Ihnen ein geschädigter oder operierter Knorpel (z. B. Knie-/Fußgelenk)?	☐	☐
8.	Haben in den letzten **5 Jahren Krankenhaus-/Rehabilitations-/Kuraufenthalte** oder **ambulante Operationen** stattgefunden?	☐	☐
9.	Werden oder wurden Sie in den letzten **5 Jahren** wegen **psychischer Beschwerden/Erkrankungen** (z. B. Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Depression, Leistungsdruck, Psychotherapie, Schlafstörung, Trennungsproblematik) oder Suchterkrankungen (z. B. durch Alkohol, Drogen, Medikamente) **behandelt, beraten** oder **untersucht**?	☐	☐
10.	Wurde bei Ihnen eine **HIV-Infektion** festgestellt, ist ein HIV-Test ärztlich angeraten oder steht ein Testergebnis aus?	☐	☐
11.	Besteht bei Ihnen eine **Erwerbsminderung (MdE), anerkannte Schwerbehinderung (GdB)** oder **Pflegebedürftigkeit** oder wurde diese beantragt? **(Bitte Bescheid beifügen)**	☐	☐

Zusätzlich sind folgende Unterlagen beizufügen, welche Bestandteil des Antrags werden:

Ergänzend zu den Gesundheitsfragen:
- Ärztlicher Untersuchungsbericht für Profisportler (SO-51-087Z0)
- Zahnformular für Profisportler (Bei Profisportlern aus dem außereuropäischen Ausland) (SO-51-143Z0)

sowie folgende Erklärung:
- Erklärung zum Krankentagegeld für Profisportler (SO-51-088Z0)

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

	ja	nein
1. Sind Sie in zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung (inkl. Kontrolluntersuchungen nach durchgeführten Maßnahmen und Wiedervorstellungen) 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.	☐	☐
2. Fehlen Ihnen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (nicht Weisheitszähne/Lückenschluss)? Bei „ja“ und einer Anzahl von mehr als 3 fehlenden Zähnen, bitte den Zahngebissbogen einreichen.	☐	☐
Bei „ja“, Anzahl? _____		
3. Haben Sie mehr als 9 ersetzte oder überkronte Zähne (einschließlich Implantaten, Kronen, Brücken einschließlich Ankerkronen, Keramikverblendschalen, herausnehmbaren Teilprothesen, sowie Teleskopkronen mit Prothese)? 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

Zu Frage	Genaue Diagnose? Art der Beschwerden?	Behandlung, Art?	von	bis	Name, Adresse des Arztes, Heilpraktikers, Therapeuten, Zahnarztes oder Kieferorthopäden	Operation (OP) geplant und/oder durchgeführt?	Art der Therapie? **(auch Medikamente)**
		☐ Ambulant ☐ Stationär				☐ OP geplant ☐ OP durchgeführt	
		☐ Ambulant ☐ Stationär				☐ OP geplant ☐ OP durchgeführt	
		☐ Ambulant ☐ Stationär				☐ OP geplant ☐ OP durchgeführt	
		☐ Ambulant ☐ Stationär				☐ OP geplant ☐ OP durchgeführt	
		☐ Ambulant ☐ Stationär				☐ OP geplant ☐ OP durchgeführt	
		☐ Ambulant ☐ Stationär				☐ OP geplant ☐ OP durchgeführt	
		☐ Ambulant ☐ Stationär				☐ OP geplant ☐ OP durchgeführt	
		☐ Ambulant ☐ Stationär				☐ OP geplant ☐ OP durchgeführt	
		☐ Ambulant ☐ Stationär				☐ OP geplant ☐ OP durchgeführt	
		☐ Ambulant ☐ Stationär				☐ OP geplant ☐ OP durchgeführt	
		☐ Ambulant ☐ Stationär				☐ OP geplant ☐ OP durchgeführt	
		☐ Ambulant ☐ Stationär				☐ OP geplant ☐ OP durchgeführt	
		☐ Ambulant ☐ Stationär				☐ OP geplant ☐ OP durchgeführt	
		☐ Ambulant ☐ Stationär				☐ OP geplant ☐ OP durchgeführt	
		☐ Ambulant ☐ Stationär				☐ OP geplant ☐ OP durchgeführt	
		☐ Ambulant ☐ Stationär				☐ OP geplant ☐ OP durchgeführt	
		☐ Ambulant ☐ Stationär				☐ OP geplant ☐ OP durchgeführt	
		☐ Ambulant ☐ Stationär				☐ OP geplant ☐ OP durchgeführt	

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

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

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?

Teil 2:

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 Gefahrabsicherung 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 Gefahrabsicherung 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 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 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. 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.

Auf unseren digitalen Antragsstrecken nutzen wir in der Risikoprüfung Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall für die zügige Prüfung und Bewertung der von Ihnen angegebenen Vorerkrankungen. Damit wir die von Ihnen angegebenen Gesundheitsdaten in diesen Verfahren verarbeiten dürfen, benötigen wir auch hierfür Ihre Einwilligung.

Ferner nutzen wir 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 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.

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.),
- 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 und genetischen Daten 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.

Weiter willige ich ein, dass die von mir angegebenen Vorerkrankungen in der Risikoprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden dürfen. Ich bin ebenso einverstanden, 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 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.

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

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, 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 Risikoprüfung oder 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 Risikoprüfung, 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.

3.3 Datenweitergabe an selbständige 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.

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.

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

1. Bonitätsauskunft (nur bei Antrag auf Abschluss einer privaten Krankheitskostenvollversicherung oder 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 der SCHUFA Holding AG einholt.

Dabei kann die SCHUFA Holding AG 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 an die SCHUFA Holding AG übermittelt.

Unabhängig davon ist der Versicherer befugt, personenbezogene Daten über eine Forderung an Auskunfteien zu übermitteln, soweit die geschuldete Leistung trotz Fälligkeit nicht erbracht worden ist und die Übermittlung zur Wahrung berechtigter Interessen des Versicherers oder eines Dritten erforderlich ist.

Zu den genannten Zwecken entbinde ich die Mitarbeiter des Versicherers und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe meiner von der Schweigepflicht geschützten Daten an die SCHUFA Holding AG von ihrer Schweigepflicht.

2. 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.

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)

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.

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.

Bonitätsauskünfte

Bei Anträgen auf Abschluss einer privaten Krankheitskostenvollversicherung oder Zusatzversicherung mit Umstellungsoption auf Krankheitskostenvollversicherung, erheben wir Informationen nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung.
Sie werden hierzu eigens informiert.

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 zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir bei der Nutzung von digitalen Antragsstrecken automatisiert etwa über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder 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:

Bei der Nutzung von digitalen Antragsstrecken verwenden wir für die Risikoprüfung ein System zur Prüfung und Bewertung von Vorerkrankungen des Antragsstellers. Dabei ist das Ergebnis der Risikoprüfung auf das jeweilige Produkt (Voll-, Zusatzversicherung) abgestimmt, mit folgenden Prüfungsergebnissen:

- ohne Erschwernis oder
- mit Risikozuschlag oder
- mit Leistungsausschluss oder
- nicht versicherbar.

Unsere Annahmeentscheidungen sind auf ein statistisches Datenmodell gestützt, das kontinuierlich weiterentwickelt wird und die Basis unserer Risikoprüfung bildet.

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.

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Vertragsführende Gesellschaft
Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Königinstr. 28, 80802 München
Gläubiger-Identifikationsnummer DE40ZZZ00000063851
Mandatsnummer Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit.

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

Versicherungsnehmer
Nachname, Vorname (bzw. Firma): _____

Kontoinhaber
Nachname, Vorname (bzw. Firma): _____

IBAN: _____

_____ ✗ _____
Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers

✗ _____
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

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

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die **„Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung“.** Mit der Unterschrift gebe ich die in **Teil 1 (einschließlich Werbeeinwilligung, sofern angekreuzt)** und **Teil 3 Ziffer I.** und **II.** aufgeführten Erklärungen ab. Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Die Hinweise in **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 ab vollendetem 16. Lebensjahr.

Ort, Datum

✗ Unterschrift Antragsteller

✗ Unterschrift der zu versichernden Person ab 16 Jahren

✗ Unterschrift gesetzlicher Vertreter oder Bevollmächtigter

Unterschrift Vermittler

Empfangsbestätigung

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen erhalten:

– Antragsdokument (Druckstücknummer SO-51-141Z0 (06V) 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, 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“
– „Informationsblatt/-blätter zu Versicherungsprodukten“, „Versicherungsinformationen“, Versicherungsbedingungen zu den beantragten Tarifen (falls kein Verzicht erklärt wurde)

✗ Unterschrift Antragsteller

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: Amtsgericht München HRB 2212
Hauptverwaltung: Königinstr. 28, 80802 München.

Neues Formular Drucken