



Antragsdeckblatt - Pflichtangaben

Es erfolgt eine Übertragung in den Antrag

Vermittler

Vorname | Name

Vermittler-Nummer

Kunde

Vorname | Name

Strasse

PLZ | Ort

Geburtsdatum | Beginn

Geschlecht

männlich weiblich

Nationalität

Berufliche Tätigkeit

Telefon

E-Mail

Deutsche Zusatzversicherungen Ja Nein

Gesellschaft 1

Leistungsumfang

Ambulant Stationär Zahn Pflege

Gesellschaft 2

Leistungsumfang

Ambulant Stationär Zahn Pflege

Gesellschaft 3

Leistungsumfang

Ambulant Stationär Zahn Pflege

Betreuungsmandat

Auftragnehmer

Allves GmbH

Schaffhauserstr. 33

4332 Stein/Schweiz

Auftraggeber/Kunde

Vereinbarung zur Vertretung und Betreuung der unten genannten Punkte

Zwischen dem Auftraggeber und dem Auftragnehmer wird nachfolgende Vereinbarung getroffen:

Der Auftraggeber überträgt der Allves GmbH Schweiz GmbH die Betreuung und Verwaltung der Versicherungsverträge von Schweizer Unternehmen. Kontaktaufnahmen können schriftlich (Brief oder E-Mail) oder telefonisch erfolgen. Dies umfasst insbesondere folgende Aufgaben:

- Überprüfung betreffend der eingereichten Anträge und den ausgestellten Policen.
- Kontrolle und Sicherstellung der Richtigkeit von Prämienrechnungen.
- Die Unterstützung des Geschäftsverkehrs und der Betreuung zwischen Auftraggeber und Versicherungsgesellschaften.
- Bei Bedarf das Anfordern und analysieren von Offerten bei verschiedenen Versicherungsgesellschaften
- Die kundengerechte Aufbereitung und Wissensvermittlung über Angebote oder wesentliche Änderungen seitens der Versicherungsgesellschaften

Die Allves Schweiz GmbH ist bevollmächtigt, für den Kunden unterstützende Massnahmen direkt mit den Versicherungsgesellschaften umzusetzen.

Dieses Mandat ist auf unbestimmte Dauer abgeschlossen und kann von beiden Parteien jederzeit auf Ende eines Kalendermonats aufgelöst werden.

Auftraggeber

Ort/Datum

Unterschrift

Versicherungsanmeldung

Obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG

Einzelpolice

Familienpolice

Bitte «Vollmacht zur Antragstellung und Versicherungsadministration im Verbund» beilegen.

1 Angaben zum aktuellen Krankenversicherer

Name Ihres aktuellen Grundversicherers _____

Kündigung durch: SWICA Vermittler/in Kunde/Kundin

2 Antragsteller/in

In welcher Sprache wünschen Sie die Unterlagen? Deutsch Französisch Italienisch Englisch

Name _____

Vorname _____

Versicherten-Nr. SWICA _____

Geburtsdatum _____ (Tag/Monat/Jahr) Geschlecht männlich weiblich

Nationalität _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort/Land _____

Korrespondenzadresse/Postfach _____

Telefon (tagsüber erreichbar) _____

E-Mail _____

Aufenthalts-/ B C L G F N S Ci Sans-Papiers

Niederlassungsbewilligung Diplomat oder Person mit Vorrechten nach internationalem Recht (KVV Art. 6)

Status bei Auslandsaufenthalt Entsandte Grenzgänger Rentner (AHV/IV)/arbeitslos Familienangehörige

Hauptwohnsitz Schweiz Ausland

3 Antragsteller/in (Zuzug aus dem Ausland oder Grenzgänger/in)

Datum der Anmeldung _____ Arbeits-/Bewilligungsbeginn _____

Einwohnerkontrolle für Zuzüger/innen* Grenzgänger/innen* Ja Nein

* Der effektive Versicherungsbeginn kann je nach Personengruppe oder Aufenthaltsdauer vom eingetragenen Datum abweichen.

Bitte Kopie der entsprechenden Dokumente beilegen: Aufenthaltsbewilligung, Anmeldung Gemeinde, Grenzgängerbewilligung, Legitimationskarte, Arbeitsvertrag etc.

Beziehen Sie einen Lohn, eine Rente oder sonstige Geldleistungen aus dem Ausland? Ja Nein

Wenn ja, aus welchen Ländern? _____

Wurden Sie bei der Einreise in die Schweiz von der Versicherungspflicht befreit? Ja Nein

Falls ja, legen Sie bitte eine Kopie der Befreiungsverfügung bei.

4 Angaben zur Arbeitssituation

Beziehen Sie Leistungen von der Arbeitslosenversicherung? (ALV)

Ja Nein

Sind Sie mindestens 8 Stunden pro Woche beim gleichen Arbeitgeber angestellt?

Ja Nein

5 Zahlungsangaben

5.1 Gewünschte Zahlungsart für Prämien und Kostenbeteiligungen (nur via Schweizer Bank- oder Postkonto möglich)

Prämienzahlung E-Rechnung/eBill* Lastschriftverfahren/Debit Direct** Einzahlungsschein (ESR)

Prämieninkasso Firma

Rechnungsstellung Prämien monatlich zweimonatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Zahlung der Kostenbeteiligung E-Rechnung/eBill* Lastschriftverfahren/Debit Direct** Einzahlungsschein (ESR)

* Bitte registrieren Sie sich nach Erhalt Ihrer Versicherungspolice bei Ihrer Bank/Post für E-Rechnung/eBill.

** Bitte Lastschriftverfahren-/Debit-Direct-Formular ausgefüllt beilegen.

Bis zur Freigabe der LSV-Belastungsermächtigung durch Ihre Bank stellen wir Ihnen zur Begleichung der Prämien und Kostenbeteiligungen Einzahlungsscheine (ESR) zu.

5.2 Konto für Gutschriften (nur via Schweizer Bank- oder Postkonto möglich)

Kontoinhaber/in

IBAN (Bank oder Post)

CH _____

6 Persönliche Versicherungslösung (Krankenpflegeversicherung nach KVG)

Grundversicherungsmodell */**

Medbase Gesundheitszentrum/SWICA-Partnerpraxis/

Name Hausarzt/Ort

Versicherungsbeginn
(Tag/Monat/Jahr)

Monatsprämie
in CHF

Franchise in CHF _____

Unfall Ja Nein Region _____

Offertstellung unter Vorbehalt allfälliger Prämienänderungen.

Besondere Bemerkungen:

* Versicherungsträger SWICA Krankenversicherung AG

** Versicherungsträger PROVITA Gesundheitsversicherung AG

Erklärung zur Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung

Geschätzte Kundin, geschätzter Kunde

Herzlichen Dank, dass Sie sich für SWICA entschieden haben. Um Ihren Antrag zu vervollständigen, bitten wir Sie, nachfolgende Bestimmungen zu lesen und wo nötig und gewünscht Ihr Einverständnis durch Ankreuzen zu signalisieren und mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

Verständniserklärung zur Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung

Mit der Einreichung der Aufnahmeerklärung beantragen Sie die Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG. Sie bestätigen damit, dass die Angaben in der Aufnahmeerklärung korrekt und vollständig sind.

Sie haben rechtsverbindlich die AVB und die ZB, die integraler Bestandteil des Versicherungsvertrags sind, akzeptiert sowie die Datenschutzerklärung von SWICA zur Kenntnis genommen. Als Versicherte/r in einer Versicherung mit besonderer Versicherungsform haben Sie zugesagt, alle Behandlungen und Untersuchungen gemäss den jeweiligen Vorgaben durchzuführen.

Datenbearbeitung im Rahmen der Vertragsabwicklung

Im Rahmen der Versicherungsvertragsabwicklung nach KVG bearbeitet SWICA die Daten entsprechend den gesetzlichen Vorgaben.

Datenaustausch innerhalb der SWICA-Gruppe im Rahmen der Vertragsabwicklung

Um eine speditive Vertragsabwicklung zu garantieren, wird SWICA die bearbeiteten Daten inklusive allfälliger Gesundheitsdaten im Rahmen der Durchführung des Vertrags innerhalb der Organisationseinheit des zuständigen Versicherungsträgers sowie unter den im Versicherungsbereich tätigen Gesellschaften der SWICA-Gruppe austauschen und verwenden.

Weitere Datenbearbeitungen

Falls Sie damit einverstanden sind, wird die SWICA Versicherungen AG die Daten bearbeiten, um Marketingaktivitäten durchzuführen (unter Marketingaktivitäten versteht SWICA Marktforschung, umfassende Betreuung, Beratung und Information über das Dienstleistungsangebot, Vorbereitung und Erbringung massgeschneiderter Dienstleistungen, z.B. Werbung im Print- und Online-Bereich, Unterbreitung von Höherversicherungsangeboten aufgrund statistischer Werte, Kunden-, Interessenten- oder Kulturveranstaltungen, Sponsoring, Ermittlung der Kundenzufriedenheit, künftiger Kundenbedürfnisse oder des künftigen Kundenverhaltens oder Beurteilung eines Kunden-, Markt- oder Produktpotenzials). Dazu werden die Daten der SWICA Krankenversicherungen AG der SWICA Versicherungen AG bekannt gegeben.

Weitere Informationen zur Datenbearbeitung

Für jegliche weitere Information zur Datenbearbeitung und zu allfälligen Auftragsdatenbearbeitern, zu den Rechtsgrundlagen und den Zwecken der Datenbearbeitung sowie den Rechten, die Sie als betroffene Person in Bezug auf die Datenbearbeitung haben, wird auf die Datenschutzerklärung von SWICA (auch unter www.swica.ch/datenschutz) verwiesen.

Einverständniserklärung

- Ich wurde über alle für das Versicherungsverhältnis relevanten Bestimmungen wie die relevanten AVB und ZB und allfällige besondere Vereinbarungen informiert und erkläre mich damit vollständig einverstanden.
- Ich bin mit der Datenbearbeitung für Marketingaktivitäten einverstanden.

Name

Vorname

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller(in)/gesetzliche(r) Vertreter(in)

Name und Unterschrift Berater(in)

Nummer Vertriebspartner

Abgegebene Beilagen:

Leistungsübersicht

AVB/ZB

Informationspflicht (Art. 45 VAG)

Merkblätter/Flyer

Datenschutzerklärung

Zusatzblatt zum E106 und zum E109 im Verhältnis CH-D

Versicherte Person (in Gross- und Kleinbuchstaben ausfüllen)

Name

Vorname

Aktueller Arbeitgeberkanton

1 Fragen, die von der versicherten Person zu beantworten sind

a) Haben Sie nichterwerbstätige Familienangehörige mit Wohnort in Deutschland?
Falls ja, bitte Buchstaben b – f ausfüllen. Falls nein, weiter zu Buchstabe f. Ja Nein

b) Nichterwerbstätige Familienangehörige mit Wohnort in Deutschland

Name

Vorname

Geburtsdatum Tag Monat Jahr

c) Wollen sich Ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen in der Schweiz versichern? Ja Nein

d) Haben Ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen von ihrem separaten Optionsrecht Gebrauch gemacht und sich von der schweizerischen Krankenversicherungspflicht befreien lassen? Ja Nein

e) **Nur bei unterstützungspflichtigen Kindern bis 25 Jahre auszufüllen.**
 Ist der andere Elternteil im Wohnland erwerbstätig? Ja, dann ist eine Versicherung in der Schweiz nicht möglich Nein

f) Ich berechtige SWICA dazu, das Formular E106 (S1) für mich und meine mitversicherten Familienmitglieder folgender Krankenkasse zuzustellen und bin mit der Verarbeitung meiner Personendaten durch diese Krankenkasse einverstanden.

Name der Krankenkasse

Anschrift

E-Mail

Ort/Datum

Unterschrift aller volljährigen versicherten Personen

2 Bestätigung des zuständigen schweizerischen Krankenversicherers

- Die versicherte Person hat mitgeteilt, dass keine nichterwerbstätigen Familienangehörigen mit Wohnort in Deutschland vorhanden sind (Buchstabe 1a).
- Die unter Buchstabe 1b erwähnten Familienangehörigen sind in der Schweiz versichert (Buchstabe 1c).
- Die unter Buchstabe 1b erwähnten Familienangehörigen haben von ihrem separaten Optionsrecht Gebrauch gemacht und sind nicht in der Schweiz versichert (Buchstabe 1d).

Ort/Datum

Unterschrift

Stempel des zuständigen schweizerischen Krankenversicherers

Beratungsprotokoll

Datum der Beratung _____

Versicherungsnehmer/in (in Gross- und Kleinbuchstaben ausfüllen)

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ (Tag/Monat/Jahr)

Weitere Familienmitglieder

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ (Tag/Monat/Jahr)

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ (Tag/Monat/Jahr)

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ (Tag/Monat/Jahr)

Ich/Wir wurde/n vor Abschluss des/der Versicherungsantrags/anträge über nachfolgende Punkte ausführlich beraten/informiert und nehme/n diese zur Kenntnis bzw. bin/sind damit vollständig einverstanden (besprochene Punkte bitte ankreuzen):

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG)

Bedingungen des/der gewählten Versicherungsmodelle/s (FAVORIT-Modelle)

Gewählte Franchise und die daraus entstehenden maximalen jährlichen Kosten

Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

SWICA-Abschlussaltertarif/Lebensaltertarif

Rechte/Pflichten BENEVITA Bonusprogramm

Selbstbehalt bei den Produkten COMPLETA TOP, OPTIMA und HOSPITA (inkl. Variante HOSPITA FLEX)

Die gesetzlich/vertraglich festgelegte Kostenbeteiligung sowie die Anrechnung der Kostenbeteiligung der Grundversicherung an diejenige der SWICA-Zusatzversicherungen

Karenzfrist bei Mutterschaft bei den Produkten HOSPITA, HOSPITA PLUS und GLOBAL CARE (360 Tage ab Antragsunterzeichnung)

Folgen bei vertragswidrigem Verhalten und bei nicht wahrheitsgetreuen Angaben zur Beurteilung des Risikos, zur Person sowie zur Gesundheit (Anzeigepflichtverletzung)

Kunde verzichtet ausdrücklich auf Zusatzversicherungen nach VVG bei SWICA

Verschiedenes

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass der Beratungstermin, der zum Antrag führt, nicht aufgrund einer telefonischen Kaltakquise zustande gekommen ist.

Hiermit bestätige/n ich/wir, die folgenden Informationen erhalten zu haben:

Informationen gem. Art. 3 Versicherungsvertragsgesetz (insbesondere zu: versicherten Risiken, geschuldeten Prämien und weiteren Pflichten des Versicherungsnehmers, Umfang der Deckung und Leistung [inkl. Ein-/Ausschluss Unfalldeckung], Laufzeit und Beendigung des Versicherungsvertrags)

Informationen zur Bearbeitung der Personendaten einschliesslich Zweck und Art der Datensammlung sowie Empfänger und Aufbewahrung der Daten

Die relevanten Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Zusatzbedingungen, allfällige zusätzliche Versicherungsbedingungen sowie allfällige besondere Bestimmungen

Informationen gemäss Art. 45 des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Datenschutz

Die Datenschutzerklärung wurde an den Kunden abgegeben oder es wurde dem Kunden ein Zugang zur Datenschutzerklärung gewährleistet.

Besondere Bemerkungen:

Die unterzeichnende/n Person/en bestätigt/bestätigen hiermit, von der beratenden Person über die in diesem Formular angekreuzten Punkte umfassend informiert worden zu sein und dass sie diese verstanden und vollständig akzeptiert hat/haben.

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer(in)

Unterschrift Ehe-/Partner(in)

Unterschrift Jugendliche über 18 Jahre

Unterschrift Jugendliche über 18 Jahre

Name und Unterschrift des Beraters

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit) auf das Postkonto der PostFinance AG oder Lastschriftverfahren LSV+ auf das Bankkonto



SWICA Gesundheitsorganisation, Generaldirektion, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur

Teilnehmer-Nr. des Rechnungsstellers (RS-PID) **41101000000647953** LSV-IDENT. **SWA1W**

Angaben zum Lastschriftzahler (Kunde)

Versicherten-Nr.	Firma
Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Telefon privat	Telefon Geschäft
E-Mail	Geburtsdatum

Ich wünsche die Prämienzahlung über folgendes Direktbelastungsverfahren:

via PostFinance (Swiss COR1 Direct Debit) via Bank (LSV+)

Ich wünsche die Prämienzahlung in der folgenden Periodizität:

monatlich zweimonatlich dreimonatlich halbjährlich jährlich

Ich wünsche die Kostenbeteiligung direkt meinem Konto zu belasten:

via PostFinance (Swiss COR1 Direct Debit) via Bank (LSV+)

Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit)

Hiermit ermächtigt der Kunde PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von obigem Rechnungssteller angegebenen fälligen Beträge seinem Konto zu belasten.

Name/Vorname Kontoinhaber/-in

IBAN (Postkonto)

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Jede Belastung des Kontos wird dem Kunden von PostFinance in der mit ihm vereinbarten Form avisiert (z.B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird dem Kunden rückvergütet, falls er innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt.

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung **an die oben erwähnte Adresse** des Rechnungsstellers einsenden.

Ort, Datum

Unterschrift/-en*

*Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten auf dem Postkonto. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.

Belastung des Bankkontos mit LSV+

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften in CHF meinem Konto zu belasten.

Name/Vorname Kontoinhaber/-in

Bankname PLZ, Ort

IBAN (Bankkonto)

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank, dem Zahlungsempfänger im In- oder Ausland den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung **an die oben erwähnte Adresse** des Rechnungsstellers einsenden.

Ort, Datum

Unterschrift

Berichtigung (bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN

Datum

Stempel und Visum
der Bank

Antrag

Zusatztarife

Antrag gilt **nicht** für **Pflege-Bahr**, und **nicht** für den Tarif **Krankenhaus bei Unfall**

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

Fax

E-Mail-Adresse (Wichtig für Nachbearbeitungen)

Stempel des Vermittlers

Teil 1:

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

Versicherungsnummer
AK- _____

1. Antragsteller Herr Frau Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer. Änderung zu den bisherigen Angaben? ja nein

Name Titel Ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Art des Unternehmens
Vorname Geburtsdatum
Straße, Hausnummer E-Mail*)
Postleitzahl Wohnort Handy*)

*) = Freiwillige Angaben, bei Interesse an „E-Mail statt Brief“ sind Angaben zu E-Mail und Handynummer erforderlich

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

Wir als Allianz1 möchten Sie zu unseren Angeboten aus den Bereichen Versicherung, Vorsorge und Vermögen2 sowie zu besonderen Services3 per E-Mail, Telefon und/oder SMS informieren und kontaktieren.
Ja, ich bin damit einverstanden.
Ihre Werbeeinwilligung bleibt gültig, bis Sie diese widerrufen. Der Nutzung Ihrer Daten für Werbezwecke oder für Markt- und Meinungsforschung können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen...

2. Versicherungs-/Änderungsbeginn 0 1

3. Antragserklärung Zusatzversicherung

Antrag Ich beantrage den Abschluss eines Kranken-/Pflegeversicherungs-Vertrages für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen.
Antrag zur Teilnahme*) am Gruppenversicherungsvertrag (GV) Kollektivvertrag (KoV)/Sammelinkassovertrag (Vertrags-Nr.)
mit folgendem Vertragspartner:
Ich bin beim Vertragspartner seit Mitarbeiter Mitglied Versicherter.

4. Zu versichernde Personen (zusätzlich Familienname, wenn nicht wie Antragsteller) Ein zweiter Antrag mit weiteren Personen folgt ja nein

Namens- und Adressänderungen sind der Allianz Privaten Krankenversicherung mitzuteilen.

Pers. Vorname Geschl. Geb.-Datum Ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Studienfachrichtung
1
Bei vom Antragsteller abweichender Adresse, bitte angeben

Pers. Vorname Geschl. Geb.-Datum Ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Studienfachrichtung
2
Bei vom Antragsteller abweichender Adresse, bitte angeben

5. Tarife/Beiträge – Monatsbeiträge in EURO

Wichtiger Hinweis: Für den Tarif **PflegeBahr (PZTG02)** bitte ausschließlich den PDF-Antrag SO-51-065Z0 verwenden.

Person 1 – Tarif		Entlastungsbetrag V	Tarifbeitrag			
<input type="checkbox"/>	DentalBest (DB02): Zahnersatz 90% Zahnbehandlung 100%, Professionelle Zahnreinigung 120 EUR, Kieferorthopädische Leistungen (bis Alter 21) 90%	oder	<input type="checkbox"/>	DentalPlus (DP02): Zahnersatz 75%, Zahnbehandlung 75%, Professionelle Zahnreinigung 100 EUR, Kieferorthopädische Leistungen (bis Alter 21) 75%		
<input type="checkbox"/>	ZahnBest (ZB02): Zahnersatz 90% Kieferorthopädische Leistungen (bis Alter 21) *	oder	<input type="checkbox"/>	ZahnPlus (ZP02): Zahnersatz 70% *) und/oder <input type="checkbox"/>	ZahnFit (ZF02): Zahnbehandlung 100%, Professionelle Zahnreinigung 60 EUR	
<input type="checkbox"/>	ZahnAmbulantPlus (ZAP02): Zahnersatz 50%, Ambulant, Ausland, freie Krankenhauswahl *) Bei vorhandenen/angeratenen Sehhilfen 3 EUR Zuschlag	oder	<input type="checkbox"/>	ZahnPrivat (ZPRIV02): Zahnersatz 50%; Zahnbehandlung 75%, Professionelle Zahnreinigung 75%, Kieferorthopädie 50% *)		
<input type="checkbox"/>	AmbulantBest (AB02): Ambulant, Vorsorge *) Bei vorhandenen/angeratenen Sehhilfen 6 EUR Zuschlag	oder	<input type="checkbox"/>	AmbulantPlus (AP02): Ambulant *) Bei vorhandenen/angeratenen Sehhilfen 3 EUR Zuschlag		
<input type="checkbox"/>	KrankenhausBest (KHB02): Chefarzt; 1-Bett-Zimmer *)	oder	<input type="checkbox"/>	KrankenhausPlus (KHP02): Chefarzt; 2-Bett-Zimmer *) und/oder <input type="checkbox"/>	Ambulante OP Krankenhaus (AOPKH02)	
<input type="checkbox"/>	Pflegetageldest (PZTB03): Alle Pflegegrade, Dynamik *) Tagessatz (TGS) und/oder	<input type="checkbox"/>	Pflegetageldest Erhöhung ambulant (PZTA03) *) TGS und/oder	<input type="checkbox"/>	Pflege Einmalzahlung (PZTE03) Einmalzahlung	
<input type="checkbox"/>	Krankenhaustagegeld (KHT02)		Tarif/TGS			
<input type="checkbox"/>	Krankentagegeld		Tarif/TGS			
<input type="checkbox"/>	Krankentagegeld		Tarif/TGS			
<input type="checkbox"/>	Wegfallender Tarif					
*) Für diese Tarife ist die Vorsorgekomponente V möglich.				Zuschlag für fehlende Zähne	EUR	
Ich bin mit dem Zuschlag einverstanden. Dieser wird zum Ausgleich von Kosten für die Sanierung des bei Tarifabschluss angezeigten Gebisszustandes erhoben. Er ist auf die Dauer des Tarifes angelegt. Bei Beitragsanpassungen wird der Zuschlag entsprechend angeglichen.				Zuschlag für ersetzte/überkronte Zähne	EUR	
				Gesamtmonatsbeitrag in EUR		

Person 2 – Tarif		Entlastungsbetrag V	Tarifbeitrag			
<input type="checkbox"/>	DentalBest (DB02): Zahnersatz 90% Zahnbehandlung 100%, Professionelle Zahnreinigung 120 EUR, Kieferorthopädische Leistungen (bis Alter 21) 90%	oder	<input type="checkbox"/>	DentalPlus (DP02): Zahnersatz 75%, Zahnbehandlung 75%, Professionelle Zahnreinigung 100 EUR, Kieferorthopädische Leistungen (bis Alter 21) 75%		
<input type="checkbox"/>	ZahnBest (ZB02): Zahnersatz 90% Kieferorthopädische Leistungen (bis Alter 21) *	oder	<input type="checkbox"/>	ZahnPlus (ZP02): Zahnersatz 70% *) und/oder <input type="checkbox"/>	ZahnFit (ZF02): Zahnbehandlung 100%, Professionelle Zahnreinigung 60 EUR	
<input type="checkbox"/>	ZahnAmbulantPlus (ZAP02): Zahnersatz 50%, Ambulant, Ausland, freie Krankenhauswahl *) Bei vorhandenen/angeratenen Sehhilfen 3 EUR Zuschlag	oder	<input type="checkbox"/>	ZahnPrivat (ZPRIV02): Zahnersatz 50%; Zahnbehandlung 75%, Professionelle Zahnreinigung 75%, Kieferorthopädie 50% *)		
<input type="checkbox"/>	AmbulantBest (AB02): Ambulant, Vorsorge *) Bei vorhandenen/angeratenen Sehhilfen 6 EUR Zuschlag	oder	<input type="checkbox"/>	AmbulantPlus (AP02): Ambulant *) Bei vorhandenen/angeratenen Sehhilfen 3 EUR Zuschlag		
<input type="checkbox"/>	KrankenhausBest (KHB02): Chefarzt; 1-Bett-Zimmer *)	oder	<input type="checkbox"/>	KrankenhausPlus (KHP02): Chefarzt; 2-Bett-Zimmer *) und/oder <input type="checkbox"/>	Ambulante OP Krankenhaus (AOPKH02)	
<input type="checkbox"/>	Pflegetageldest (PZTB03): Alle Pflegegrade, Dynamik *) Tagessatz (TGS) und/oder	<input type="checkbox"/>	Pflegetageldest Erhöhung ambulant (PZTA03) *) TGS und/oder	<input type="checkbox"/>	Pflege Einmalzahlung (PZTE03) Einmalzahlung	
<input type="checkbox"/>	Krankenhaustagegeld (KHT02)		Tarif/TGS			
<input type="checkbox"/>	Krankentagegeld		Tarif/TGS			
<input type="checkbox"/>	Krankentagegeld		Tarif/TGS			
<input type="checkbox"/>	Wegfallender Tarif					
*) Für diese Tarife ist die Vorsorgekomponente V möglich.				Zuschlag für fehlende Zähne	EUR	
Ich bin mit dem Zuschlag einverstanden. Dieser wird zum Ausgleich von Kosten für die Sanierung des bei Tarifabschluss angezeigten Gebisszustandes erhoben. Er ist auf die Dauer des Tarifes angelegt. Bei Beitragsanpassungen wird der Zuschlag entsprechend angeglichen.				Zuschlag für ersetzte/überkronte Zähne	EUR	
				Gesamtmonatsbeitrag in EUR		

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 bei Krankentagegeldtarifen

Arbeitnehmer:

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

Person _____ Person _____
EUR _____ EUR _____

Dauer der Gehaltsfortzahlung

Wochen _____ Wochen _____

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

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

Selbstständige:

Gewerbe angemeldet bzw. Gewerbeerlaubnis vorhanden?

ja, seit/ab _____ ja, seit/ab _____

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

Anzahl der Vollzeitbeschäftigten _____ Anzahl der Vollzeitbeschäftigten _____
EUR _____ EUR _____

Freiberufler:

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

EUR _____ EUR _____

Arbeitnehmer/Selbstständige/Freiberufler/Praxisvertretung:

Name und Anschrift des Arbeitgebers/Geschäftsadresse/Praxis

Seit wann wird die jetzige berufliche Tätigkeit ausgeübt?

Monat/Jahr _____ Monat/Jahr _____

8. Angaben zur derzeitigen Absicherung

Besteht eine Versicherung bei einer **Gesetzlichen Krankenkasse (GKV)**/mit Anspruch auf **Heilfürsorge** oder **privaten Krankenversicherung (PKV)**?

Person _____ Art der Versicherung? _____

1 GKV Heilfürsorge PKV

2 GKV Heilfürsorge PKV

9. Angaben zu anderweitigen privaten Kranken- bzw. Tagegeld-Zusatzversicherungen

Angaben wie bisher, sofern nicht nachstehend vermerkt.

Besteht eine anderweitige private Kranken- bzw. Tagegeld-Zusatzversicherung (bitte auch die Allianz Private Krankenversicherung und Versicherungen im Ausland nennen)

Person	Art der Privaten Krankenversicherung? (z. B. ambulante, stationäre bzw. Zahn-Zusatzversicherungen inkl. Tarifbezeichnung angeben)	Name der Gesellschaft?	PKV von – bis/seit? Bei beabsichtigter Kündigung voraussichtliches Ende der Vorversicherung? Monat/Jahr?		Höhe in EUR	
					Krankenhaustagegeld	Krankentagegeld
1						
2						

10. Gesundheitsangaben und Fragen zum Gesundheitszustand (Nicht bei Absicherung von Zahnleistungen)

Größe/Gewicht (ab 10 Jahren)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig.

Geben Sie die abgefragten Krankheiten auch dann an, wenn Sie ihnen nur geringe Bedeutung beimessen.

	Person 1	Person 2
Größe	cm	cm
Gewicht	kg	kg

	Person 1		Person 2	
	ja	nein	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, Entfernung der Gallenblase)? Sind bei Ihnen Kontrolluntersuchungen (keine Gesundheitschecks) oder Nachsorgeuntersuchungen angeraten oder stehen noch Untersuchungsergebnisse aus (z. B. Blutzuckerkontrolle, Tumornachsorge)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie in den letzten 3 Jahren wiederholt oder regelmäßig Medikamente eingenommen oder angewendet (z. B. Tabletten, Tropfen, Spritzen, Salben) oder wurden Medikamente ärztlich angeraten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Werden oder wurden Sie in den letzten 3 Jahren von einem Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten behandelt, beraten oder untersucht ? Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 3 Jahren Krankheiten (auch wenn Sie nicht behandelt wurden), Unfallfolgen oder Beschwerden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Werden oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen psychischer Beschwerden/Erkrankungen behandelt, beraten oder untersucht ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bis 6 Jahre und nur bei Tarifen PZTB03, PZTA03 und/oder PZTE03: Besteht oder bestand in den letzten 6 Monaten eine behandlungs-/kontrollbedürftige Entwicklungsverzögerung/Entwicklungsstörung und/oder eine Fehlbildung oder ein Verdacht darauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-/Rehabilitations-/Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Werden oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen Suchterkrankungen (z. B. Alkohol, Drogen) behandelt, beraten oder untersucht ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt, ist ein HIV-Test ärztlich angeraten oder steht ein Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Besteht bei Ihnen eine Erwerbsminderung (MdE), anerkannte Schwerbehinderung (GdB) oder Pflegebedürftigkeit oder wurde diese beantragt ? (Bitte Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tragen Sie eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) oder ist eine angeraten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Für den Tarif **ZahnFit (ZF02)** ist **keine** Frage zu beantworten. Für die Tarife **DentalBest (DB02)**, **DentalPlus (DP02)**, **ZahnBest (ZB02)** und **ZahnPlus (ZP02)** sind **nur** die Fragen 1. und 2. zu beantworten.

	Person 1		Person 2	
	ja	nein	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ab 14 Jahren: Fehlen Ihnen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (nicht Weisheitszähne/Lückenschluss)? Bei „ja“, Anzahl? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ab 14 Jahren: Haben Sie mehr als 9 ersetzte oder überkronte Zähne (einschließlich Implantaten, Kronen, Brücken einschließlich Ankerkronen, Keramikverblendschalen, herausnehmbaren Teilprothesen, sowie Teleskopkronen mit Prothese)? Bei „ja“, Anzahl aller ersetzten/überkronten Zähne – ohne durch Vollprothese ersetzte Zähne? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 Abschluss der Gefahrabversicherung 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 Gefahrabversicherung 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 angegebene 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 Heilberufes ergeben.

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

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

Möglichkeit I:

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

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten sowie gegebenenfalls weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

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

Möglichkeit II:

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

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

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

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

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 angefügt¹⁾. 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

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 bzw. Versicherungsinteressenten abgegebenen Erklärungen zur Datenverarbeitung ab.

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

Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, Allianz Direct Versicherungs-AG (Konzerngesellschaft der Allianz SE) und Deutsche Lebensversicherungs-AG.

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

- Allianz Deutschland AG* (Versicherungsbetrieb mit Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung),
- 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)
- IBM Deutschland GmbH (IT-Wartung)
- HL Casework GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- IMB Consult GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- otop AG (Begutachtung der medizinischen Notwendigkeit zur Versorgung mit Hilfsmitteln)
- ViaMed GmbH (Medical Consulting, Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- G + D Mobile Security GmbH (Herstellung der Allianz Card für Privatversicherte)
- Rechtsanwältin Giebel und Kollegen (Einzug notleidender Forderungen, Mahnverfahren)
- Rechtsanwältin Purps, Vogel & Flinders (Einzug notleidender Forderungen, Mahnverfahren)
- Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachterstellung)
- 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 nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Aufgabe einer bestehenden Kranken- und/oder Pflegeversicherung

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

Information zur Verwendung Ihrer Daten

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

Der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (im Folgenden „Daten“) nicht möglich.

Beantragen Sie 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, z. B. zur Prüfung des fristgerechten Forderungsausgleichs. 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 am 25.05.2018 wirksam werdenden 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 für vorvertragliche Maßnahmen und zur Erfüllung Ihres Vertrages. 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 Beratungszwecken 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 [\[www.allianz.de/datenschutz\]](http://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.

Unsere 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 Versicherungsfalles 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 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 Antragstellers. Dabei ist das Ergebnis der Risikoprüfung auf das jeweilige Produkt (Voll-, Zusatzversicherung) abgestimmt, mit folgenden Prüfungsergebnissen:

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

Unsere Annahmementscheidungen 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 Umfangs Ihrer Leistungen berücksichtigen wir zudem die von uns zu Ihrer Person verarbeiteten Gesundheitsdaten.

Unterschriften (Bitte mit Vor- und Zunamen)

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die „Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung“. Mit der Unterschrift gebe ich die in Teil 1 (einschließlich Werbeeinwilligung, sofern angekreuzt) und in Teil 3 Ziffer I. und II. aufgeführten Erklärungen ab.

Bei Beantragung eines Tarifs ohne Risikoprüfung erheben wir zur Begründung des Vertragsverhältnisses keine Gesundheitsdaten. Ihre Einwilligung zur Erhebung, Speicherung und Nutzung von Gesundheitsdaten bezieht sich beim Abschluss eines Tarifs ohne Risikoprüfung ausschließlich auf künftig mitgeteilte Gesundheitsdaten zur Prüfung eines Leistungs- oder Erstattungsantrages und damit zur Durchführung des Vertrages.

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
X	X
Unterschrift der zu versichernden Person 1 ab 16 Jahren	
X	
Unterschrift der zu versichernden Person 2 ab 16 Jahren	
X	
Unterschrift gesetzlicher Vertreter	
Unterschrift Vermittler	

Empfangsbestätigung

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen erhalten:

– Vordruck des Antrags als Papierdokument (Druckstücknummer SO-51-406Z0 (23V) mit Stand 1.21) 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/-blätter zu Versicherungsprodukten“, „Versicherungsinformationen“, Versicherungsbedingungen zu den beantragten Tarifen (falls kein Verzicht erklärt wurde)

X

Unterschrift Antragsteller

Allianz Private Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Klaus-Peter Röhler

Vorstand: Nina Klingspor, Vorsitzende;

Daniel Bahr, Dr. Klaus Berge, Dr. Jan Esser, Kaan Günay, 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.

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Bitte zurücksenden an

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
10870 Berlin

Vertragsführende Gesellschaft

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
Königinstr. 28
80802 München

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE40ZZZ00000063851

Mandatsnummer

– Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit –

Antragsnummer/Vertragsnummer

AK- _____

SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

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

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

Versicherungsnehmer

Name, Vorname (bzw. Firma): _____

Kontoinhaber

Name, Vorname (bzw. Firma): _____

Geburtsdatum: _____

Strasse, Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geldinstitut: _____

IBAN

BIC

Ort, Datum  Unterschrift des Kontoinhabers

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

Sondervereinbarung für Tarife (Bitte ankreuzen)

Anlage Sondervereinbarung zum

Antrag vom _____

für _____ (zu versichernde Person(en))

- KrankenhausBest (KHB02)** Für Versicherte bei Krankenkassen nach dem Schweizer KVG bzw. für in der Schweiz privat Krankenversicherte
 Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen weitet diese Sondervereinbarung die Versicherungsfähigkeit im angekreuzten Tarif / in den angekreuzten Tarifen aus auf Versicherte bei Krankenkassen nach dem Schweizer KVG bzw. auf in der Schweiz privat Krankenversicherte, die weder einen Anspruch auf Zahnleistungen noch auf stationäre Wahlleistungen über die Schweizer Krankenversicherung (z. B. nach Tarif „Mondial“ in der ÖKK oder Vivaosympny) haben. Eine Versicherung bei Krankenkassen im Sinne des Sozialgesetzbuches ist nicht erforderlich.
- KrankenhausPlus (KHP02)**
 Leistungen aus anderweitigem Versicherungsschutz sind zunächst in vollem Umfang in Anspruch zu nehmen und dem Versicherer nachzuweisen. Die Nachweispflicht gilt auch für Ablehnungen.
- Ambulante OP Krankenhaus (AOPKH02)**
Abweichend zu den tariflichen Regelungen, wenn das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt, gilt für Tarife KHB02, KHP02, AOPKH02:
 Bei geplanten Behandlungen in der Schweiz (nicht bei Notfällen) werden nur 80% der nach Inanspruchnahme des anderweitigen Versicherungsschutzes verbleibenden erstattungsfähigen Kosten der ärztlichen Behandlung und 80% der Krankenhauskosten gezahlt.
- ZahnPrivat (ZPRIV02)**
Für Tarif KHP02 gilt zusätzlich: Bei Inanspruchnahme einer gesondert berechenbaren Unterkunft im Einbettzimmer statt der versicherten Unterkunft im Zweibettzimmer werden nur 70% der Krankenhauskosten erstattet.
 Falls eine Behandlung in der Schweiz geplant ist, empfehlen wir, sich nach Befunderhebung mit uns in Verbindung zu setzen.

- ZahnAmbulantPlus (ZAP02)** Nur für Versicherte bei Krankenkassen nach dem Schweizer KVG
 Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen weitet diese Sondervereinbarung die Versicherungsfähigkeit im Tarif ZahnAmbulantPlus aus auf Versicherte bei Krankenkassen nach dem Schweizer KVG. Eine Versicherung bei Krankenkassen im Sinne des Sozialgesetzbuches ist nicht erforderlich.
 Folgende in den Tarifbedingungen genannten Leistungen sind, **sofern sie in der Schweiz in Anspruch genommen werden**, von der Leistungspflicht ausgeschlossen:
- Zahnersatz, Inlays
 - stationäre Heilbehandlung
 - Leistungen bei Reisen ins Ausland
- Leistungen aus anderweitigem Versicherungsschutz sind zunächst in vollem Umfang in Anspruch zu nehmen und dem Versicherer nachzuweisen. Die Nachweispflicht gilt auch für Ablehnungen.

Bei Wegfall der Mitgliedschaft in einer Krankenkasse nach dem Schweizer KVG bzw. in einer schweizer privaten Krankenversicherung od. bei Wohnsitzverlegung in die Schweiz endet diese Sondervereinbarung.

 Ort, Datum

 Unterschrift des Versicherungsnehmers

 Ort, Datum

 Unterschriften der zu versichernden Person(en)
 ab 16 Jahren (ggf. der gesetzlichen Vertreter)