

Teil 1: Fragen zu gefahrerheblichen Umständen, Teil 2: Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung,
Teil 3: Erklärungen und Hinweise zum Antrag

Teil 1:

Fragen zu gefahrerheblichen Umständen

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen, die der Vermittler uns übermittelt. Sie sind verpflichtet, diese Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde(n) Person(en).

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

Wir haben uns im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiagnostischen Gentests abhängig zu machen. **Auch bereits vorliegende Befunde** aus prädiagnostischen Gentests müssen Sie daher nicht offen legen. Unter einem „prädiagnostischen Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmateriale eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit.

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 in der nachfolgend abgedruckten „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“.

Gesundheitsfragen zum Antrag vom _____ Risikoprüfung für Tarif/e _____

Tarif mit/ohne Übertragungswert = ÜW mit ÜW ohne ÜW

Name, Vorname _____

Person 1 _____ Geschlecht: m w Geb.-Datum _____

Person 2 _____ Geschlecht: m w Geb.-Datum _____

1. Gesundheitsangaben und Fragen zum Gesundheitszustand

Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung setzt eine sogenannte Risikoprüfung voraus. Unsere Fachabteilungen werten diese Angaben aus. Gerne berät Sie auch Ihr Versicherungsfachmann.

Größe } ab Gewicht } 10 Jahren	Person 1		Person 2	
	cm	kg	cm	kg

1. Ist bei Ihnen eine ambulante oder stationäre Behandlung, Beratung oder Untersuchung durch einen Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten angeraten, beabsichtigt oder geplant (z. B. Entfernung von Fremdmaterial)? ja nein ja nein
2. Sind bei Ihnen Kontrolluntersuchungen (keine Gesundheitschecks) angeraten oder stehen noch Untersuchungsergebnisse aus? ja nein ja nein
3. Haben Sie in den letzten 5 Jahren wiederholt oder regelmäßig Medikamente eingenommen oder angewendet (z. B. Tabletten, Tropfen, Spritzen, Salben) oder wurden Medikamente ärztlich angeraten? ja nein ja nein
4. Werden oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren von einem Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten in den folgenden Bereichen behandelt, beraten oder untersucht? Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Unfallfolgen oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?
 - a) Herz oder Kreislauf (z. B. Herzfehler, Herzrhythmusstörung, Angina Pectoris, Bluthochdruck)? ja nein ja nein
 - b) Blutgefäße (z. B. Hämorrhoiden, Krampfadern, Durchblutungsstörungen)? ja nein ja nein
 - c) Atmungsorgane (z. B. Asthma, Bronchitis, Lungenentzündung, Nasenscheidewandverbiegung)? ja nein ja nein
 - d) Verdauungsorgane (z. B. Magen-/Darmentzündung, Sodbrennen, Gallensteine, Fettleber)? ja nein ja nein
 - e) Harn- oder Geschlechtsorgane (z. B. Blasen-/Nierenbeckenentzündung, Nierensteine, Myome, Zysten)? ja nein ja nein
 - f) Sterilität oder Fruchtbarkeitsstörung (z. B. eingeschränkte Fruchtbarkeit, Hormonbehandlung, künstliche Befruchtung)? ja nein ja nein
 - g) Stoffwechsel (z. B. Diabetes, erhöhte Blutfette, erhöhte Harnsäure, Struma mit/ohne Knoten kalt oder heiß)? ja nein ja nein
 - h) Blut (z. B. Blutgerinnungsstörung, Thromboseneigung, Anämie)? ja nein ja nein
 - i) Entzündliche Gelenk- oder Bindegewebserkrankungen (z. B. Arthritis, Morbus Bechterew, Rheuma)? ja nein ja nein
 - j) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (z. B. Hepatitis, Borreliose, Gürtelrose)? ja nein ja nein
 - k) Gehirn oder Nervensystem (z. B. Epilepsie, Gehirnerschütterung, Kopfschmerzen/Migräne, Nervenentzündung)? ja nein ja nein
 - l) Psyche (z. B. Psychotherapie, Depression, Trennungsproblematik, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)? ja nein ja nein
 - m) Rücken (z. B. Bandscheibenvorfall, wiederholte Verspannungen, WS-Syndrom, Skoliose)? ja nein ja nein
 - n) Kniegelenke, Hüftgelenke, Schultern oder Bewegungsapparat (z. B. Arthrose, Knorpel-/Meniskus-/Bänderschaden, Muskel-/Sehnenriss)? ja nein ja nein
 - o) Allergien (z. B. Heuschnupfen, Kontaktallergie, Lebensmittelallergie)? ja nein ja nein
 - p) Haut (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte)? ja nein ja nein
 - q) Augen (z. B. Entzündung, grauer oder grüner Star)? ja nein ja nein
 - r) Ohren (z. B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Tinnitus, Hörsturz)? ja nein ja nein
 - s) Sonstige nicht aufgeführte Bereiche (z. B. gutartige Neubildungen, Herpes, Leistenbruch, Fistel, Wechseljahresbeschwerden)? ja nein ja nein
5. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus- /Rehabilitations-/Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden? ja nein ja nein
6. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen, Betäubungs-, Rauschmittel? Werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen der Folgen von Alkoholgenuss beraten oder behandelt? ja nein ja nein
7. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt, ist ein HIV-Test ärztlich angeraten oder steht ein Testergebnis aus? ja nein ja nein
8. Wurden Sie jemals wegen einer bösartigen Tumorerkrankung behandelt? ja nein ja nein
9. Besteht eine Schwangerschaft? Wenn „ja“, in welcher Woche? _____ (nur bei Beantragung einer Heilkostenvollversicherung bitte vollständige Kopie des Mutterpasses beifügen) ja nein ja nein
10. Besteht eine Wehrdienstbeschädigung (WDB), Erwerbsminderung (MdE), anerkannte Schwerbehinderung (GdB), Berufskrankheit, Pflegebedürftigkeit oder ist ein Arbeitsunfall anerkannt? WDB MdE GdB Berufskrankheit Pflegebedürftigkeit Arbeitsunfall (bitte %-Satz unten angeben und Bescheid beifügen) ja nein ja nein
11. Tragen Sie eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) oder ist eine angeraten? (nur bei Beantragung der Tarife AB, AP, AZ01 oder 724P zu beantworten). ja nein ja nein

Welcher Arzt/Heilpraktiker ist über Ihren Gesundheitszustand am besten unterrichtet? (Bitte vollständig mit Name, Adresse, Telefon, Fax angeben)

Person 1 _____ keiner vorhanden

Person 2 _____ keiner vorhanden

Gesundheitsfragen zum Antrag vom _____ Risikoprüfung für Tarif/e _____
Name, Vorname

Person 1 _____ Geb.-Datum _____

Person 2 _____ Geb.-Datum _____

2. Nähere Angaben zu Ziffer 1. 1–10, falls dort eine Frage mit „ja“ beantwortet wurde (für jede Person)

Person	Zu Frage	Genaue Diagnose? Art der Beschwerden?	Ambulante Behandlung?		Stationäre Behandlung?		Operiert? <input type="checkbox"/> ja	Art der Therapie? Medikamente?	Arbeitsunfähigkeit?	
			von	bis	von	bis			von	bis
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____	_____

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

Zu 2. Nähere Angaben zu Ärzten/Heilpraktikern/sonst. Therapeuten, falls bei Ziff. 1. 1–10 „ja“ geantwortet wurde (für jede Person)

Person	Zu Frage	Name und genaue Anschrift	Fachrichtung
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

- | | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------|
| | | Person 1 | Person 2 |
| | | ja | nein |
| 1. | Sind Sie in zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung bzw. ist eine solche angedacht 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"/> |
| 2. | Ab 14 Jahren: Fehlen Ihnen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (nicht Weisheits-/ Milchzähne/ Lückenschluss)?
Bei „ja“ und einer Anzahl von mehr als 3, bitte unten Ihren Zahnarzt angeben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Bei „ja“, Anzahl? _____ | _____ | _____ |
| 3. | Ab 14 Jahren: Haben Sie mehr als 9 ersetzte oder überkronte Zähne (einschließlich Implantaten, Kronen, Brücken einschließlich Ankerkronen, Keramikverblendschalen, herausnehmbaren Teilprothesen, sowie Teleskopkronen mit Prothese)?
Bei „ja“ und einer Anzahl von mehr als 15, bitte unten Ihren Zahnarzt angeben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Bei „ja“, Anzahl? _____ | _____ | _____ |
| | | - ohne durch Vollprothese ersetzte Zähne | |

4. Nähere Angaben zu Ziffer 3, falls dort eine Frage mit „ja“ beantwortet wurde (für jede Person)

Bitte vollständig Name/Adresse/Tel./Fax Ihres Zahnarztes bzw. Kieferorthopäden angeben.

Person 1 _____

Person 2 _____

Reicht der Platz für die Beantwortung der Fragen zu 2. bzw. 4. nicht aus, nehmen Sie bitte Ergänzungen auf einem unterschiedenen Beiblatt vor (wird Bestandteil des Antrages).

Beiblätter benutzt? ja; Anzahl? _____

Sind Nebenabreden getroffen oder wurden Vorbehalte bzw. Bedingungen gestellt?

Welche? _____

Bevor Sie diese Risikoprüfung/diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ und insbesondere die „Erklärungen zur Datenverarbeitung“. Bitte lesen Sie auch die weiteren „Erklärungen und Hinweise zum Antrag“. Sie machen mit Ihrer Unterschrift alle genannten Texte zum Inhalt dieses Antrages.

Unterschriften zur Risikoprüfung Den Vordruck der Risikoprüfung habe ich erhalten

Ort, Datum _____	Antragsteller _____
zu versichernde Person 1 ab 16 Jahren _____	Stempel und Unterschrift des Vermittlers _____
zu versichernde Person 2 ab 16 Jahren _____	
gesetzlicher Vertreter _____	

Die zur Risikoprüfung angegebenen Gesundheitsdaten für die Person(en) 1 2 sind seit damals unverändert (bitte ankreuzen).

Unterschriften zur Antragsstellung

Ort, Datum _____	Antragsteller _____
zu versichernde Person 1 ab 16 Jahren _____	Stempel und Unterschrift des Vermittlers _____
zu versichernde Person 2 ab 16 Jahren _____	
gesetzlicher Vertreter _____	

Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Mitteilung 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 und Wegfall des Versicherungsschutzes

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. Uns steht das Kündigungsrecht nicht zu, wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

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

4. Ausübung unserer Rechte

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

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

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

5. Anfechtung

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

6. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Raum für Eingangsstempel der BS

Antragsprüfung/dv-Eingabe
Datum/Handzeichen

GS / MD

AH durch

Stamm-Nr.

Fremd-Nr.

Vermittler-Nr.

B-Nr.b

Bereichs-Nr.
VKZ PRODZ

Kundenstamm-Nr.

PWS Nummer

0 0

A. Erklärungen und Hinweise zum Antrag

A.1. 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.

A.2. Ich gebe folgende Erklärungen zur Datenverarbeitung ab:

Erklärungen zur Datenverarbeitung

I. Bedeutung dieser Erklärungen und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir, Ihr(e) Allianz Versicherer (der Versicherer), insbesondere zur Risikobeurteilung, zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Angebotserstellung bzw. Antragsbearbeitung, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz erlaubt, anordnet oder Sie als Betroffener eingewilligt haben. Um Sie über die Datenverwendung umfassend und lückenlos zu informieren, bezieht sich die nachfolgende Einwilligungserklärung in Ziffer II. auch auf **allgemeine personenbezogene Daten**, für die das Bundesdatenschutzgesetz eine Einwilligung des Betroffenen nicht zwingend verlangt (wie z. B. Name oder Adresse). Einen weitergehenden Schutz genießen **besondere personenbezogene Daten** (wie z. B. Ihre Gesundheitsangaben). Wir dürfen sie im Regelfall nur verwenden, soweit Sie eingewilligt haben (Ziffer III.).

Mit den in Ziffer II. und III. enthaltenen Erklärungen erteilen Sie zudem die Befugnis zur Verwendung solcher Daten, die dem Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen. Diese Erklärungen sind mit Zugang bei uns wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich darin ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- zur Risikobeurteilung, Vertragsabwicklung und Prüfung der Leistungspflicht durch den Versicherer.
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich zur Angebotserstellung bzw. bei Antragstellung genannt habe.
- zur Führung gemeinsamer Datensammlungen mit anderen ausgewählten deutschen Gesellschaften der Allianz Gruppe, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten. Derzeit arbeiten folgende ausgewählte deutsche Gesellschaften der Allianz Gruppe zusammen: Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Dresdner Bauspar AG, Allianz Global Investors Kapitalanlagegesellschaft mbH, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, Deutsche Lebensversicherungs-AG, Dresdner Bank AG, Dresdner Finanzberatungsgesellschaft mbH, Euler Hermes Kreditversicherungs-AG, Oldenburgische Landesbank AG, Reuschel & Co. KG, Vereinte Spezial Versicherung AG und Vereinte Spezial Krankenversicherung AG.
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur dortigen Verwendung durch Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.
- durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb der Allianz Gruppe, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Angebotserstellung bzw. Antragsbearbeitung sowie die Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.
- zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) im Auftrag für die Versicherer verschlüsselt. Im Bereich der privaten Kranken- und Pflegeversicherung können zu den vorgenannten Zwecken Anfragen über den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) an andere private Krankenversicherungsunternehmen gerichtet werden. Auf Basis dieser Systeme kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.
- zur Beratung und Information über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch den Versicherer, andere ausgewählte deutsche Gesellschaften der Allianz Gruppe (Nr. 3) oder den für mich zuständigen Vermittler.

III. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

1. Verwendung von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

a) Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Ihre vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer befreie ich zum Zweck der Risikobeurteilung Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Abgabe dieser Erklärung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtenentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss. Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann den Abschluss des von mir gewünschten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

b) Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer befreie ich zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

c) Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch den Versicherer verwendet werden.

2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen gemäß Ziffer III. Nr. 1 erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (hinsichtlich der Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing), Nr. 6 (Missbrauchs-bekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden. An den PKV-Verband werden im Rahmen der Ziffer II. Nr. 6 keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Zur Missbrauchs-bekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern eingesehen und verwendet werden (Ziffer II. Nr. 6). Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. Nr. 7) dürfen Gesundheitsdaten an meinen Vermittler und den ihn unterstützenden Spezialisten im Außendienst der Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG nur weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Kranken-, Lebens- oder Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

Ich entbinde den Versicherer sowie weitere Geheimnisverpflichtete von ihrer Schweigepflicht, soweit die Weitergabe meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist.

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

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

A. 3. Ich erkläre zusätzlich Folgendes:

Einzugsermächtigung

Die Beiträge sollen bis auf Widerruf bei Fälligkeit von dem jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt gegenüber dem Vermittler angegebenen Konto eingezogen werden.

Kontonummer Bankleitzahl Geldinstitut

falls Kontoinhaber abweichend vom Antragsteller:

Name, Vorname Kontoinhaber Unterschrift Kontoinhaber

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.

B. Hinweise

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.

Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben, die der Vermittler an uns weiterleitet. Sie sind verpflichtet, Ihnen übermittelte „Fragen zu gefahrerheblichen Umständen“ nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde(n) Person(en).

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unvollständige oder unrichtige Angaben machen. Ausführliche Hinweise finden Sie in der „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“. Diese erhalten Sie zusammen mit den „Fragen zu gefahrerheblichen Umständen“.

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.

Antrag auf Abschluss mehrerer Versicherungsverträge

Beantragen Sie mehrere Versicherungsverträge, sind diese rechtlich selbstständig und werden unabhängig voneinander geführt. Angaben zu den Versicherungsbedingungen und den Vertragslaufzeiten erhalten Sie in den ergänzenden Vertragsunterlagen.

C. Unterschriften (Bitte mit Vor- und Zunamen)

Mit der Unterschrift gebe ich die unter A. aufgeführten Erklärungen, **einschließlich der Erklärungen zur Datenverarbeitung**, ab. Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die Hinweise unter B. habe ich zur Kenntnis genommen. Die Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen.

Ort, Datum Antragsteller

zu versichernde Person 1 ab 16 Jahren

zu versichernde Person 2 ab 16 Jahren

gesetzlicher Vertreter

Vermittler

D. Empfangsbestätigung

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen zu der/den von mir beantragten Versicherung/en erhalten:

- Vordruck des Antrags (Druckstücknummer SO-51-150Z0 (03V) mit Stand 1.09) inkl. der „Fragen zu gefahrerheblichen Umständen“ sowie der „Erklärungen und Hinweise zum Antrag“ und die „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“
- Produktinformationsblatt, „Versicherungsinformationen“, Versicherungsbedingungen zu den beantragten Tarifen. (Falls kein Verzicht erklärt wurde.)
- „Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht nach § 10a Abs.3 VAG“

Unterschrift Antragsteller

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Gerhard Rupprecht.
Vorstand: Dr. Ulrich Rumm, Vorsitzender;
Dr. Wolfgang Brezina, Wilfried Johannßen.

Sitz der Gesellschaft: München.
Registergericht: München HRB 2212
Hauptverwaltung:
Fritz-Schäffer-Str. 9, 81737 München
www.gesundheit.allianz.de

Verzichtserklärung

Hiermit verzichte ich darauf, dass mir vor Antragstellung die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die nach der VVG-Informationspflichtenverordnung vorgeschriebenen Informationen (Versicherungsinformationen und bei Verbrauchern das Produktinformationsblatt) zu der/den von mir gewünschten Versicherung(en) übermittelt werden. Diese Unterlagen erhalte ich zusammen mit dem Versicherungsschein.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/gesetzl. Vertreter

Hinweis:

Durch diese Verzichtserklärung wird das gesetzliche Widerrufsrecht nicht beeinträchtigt.

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

1. Zu § 10a Abs. 3 VAG

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

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung:

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung:

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter, Geschlecht 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 Alterwerdens 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 alle Krankenversicherer keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Die Alterungsrückstellung verbleibt beim bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

Hinweise der Allianz Privaten Krankenversicherung zum Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin):

Nach § 10a Abs. 3 VAG sind wir als privater Krankenversicherer verpflichtet, uns den „Empfang eines **amtlichen Informationsblattes** der Bundesanstalt“ bestätigen zu lassen. Dazu weisen wir auf Folgendes hin:

Die Sätze 2 und 3 des letzten Absatzes entsprechen noch der bis zum 31.12.2008 geltenden Gesetzeslage. Die Rechtslage hat sich jedoch seit dem 1.1.2009 geändert. Insbesondere sind die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung seitdem abweichend von Satz 2 zur Vertragsannahme verpflichtet, wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme in den Basistarif vorliegen. Darüber hinaus verbleibt seit dem 1.1.2009 die Alterungsrückstellung bei einem Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens abweichend von Satz 3 je nach Vertragskonstellation nur noch teilweise beim bisherigen Versichertenkollektiv.

2. Versicherungsschein. Abschriften (§ 3 Abs. 4 VVG)

Der Versicherungsnehmer kann jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat.