

ALLIANZ PRIVATE KRANKENVERSICHERUNGS-AG

# Antrag auf Absicherung einer Pflege-Zusatzversicherung

## Pflichtangaben:

Vermittlernummer

Vermittlername

Telefon

E-Mail-Adresse (Wichtig für Nachbearbeitungen)

Vermittlerstempel

## Zusätzliche Angaben:

### Makler

externe Vorgangs-Nr.

Fremd-Nr. (Untervermittler/Kooperationen)

### Ausschließlichkeit

B-Nr.b

Bankordnungsmerkmal



### Hinweis

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

In anderen Anwendungen können aufgrund der hinterlegten Programmierungen Fehlermeldungen auftreten.

## Teil 1:

Sind Sie bereits Kunde der Allianz Privaten Krankenversicherung?

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

### 1. Antragsteller Herr Frau Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer.

Änderung zu den bisherigen Angaben?  ja  nein

Nachname	Titel	Ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Art des Unternehmens <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig
abweichender Geburtsname*	Geburtsort*)	Renten-/Sozialversicherungs-Nr. oder Zulagenummer (12-stellig):*) <input type="checkbox"/> keine vorhanden
Vorname	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit*) <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere Welche?
Straße, Hausnummer		E-Mail
Postleitzahl	Wohnort	Mobilfunk-Nr.

\*) Nur bei Tarif PflegeBahr (PZTG02) notwendig.

### ► Dokumente Digital aktivieren und Vorteile nutzen

Mit unserem neuen Service Dokumente Digital profitieren Sie von einer zentralen Übersicht über Ihre Vertragsdokumente: Digital, sicher und einfach zugänglich in Meine Allianz – ohne Postversand. Melden Sie sich jetzt an unter [allianz.de/dokumente-digital](http://allianz.de/dokumente-digital)

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

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

Ich bin einverstanden, dass die Allianz sich hierzu unter Verwendung der von mir angegebenen Daten<sup>4</sup> mit mir in Verbindung setzt.

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

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

### 2. Versicherungsbeginn

Tag 01 Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### 3. Pflege-Zusatzversicherung

Antrag Ich beantrage den Abschluss einer förderfähigen Pflegeversicherung nach **Tarif PflegeBahr (PZTG02)** und/oder den Abschluss eines Tarifes **PflegetagegeldPlus (PZTP02)** und/oder **PflegetagegeldBest (PZTB03)** und/oder **Pflegetagegeld Erhöhung ambulant (PZTA03)** und/oder **Pflege Einmalauszahlung (PZTE03)** für nachstehend aufgeführte Personen.

### 4. Zu versichernde Personen

Ein zweiter Antrag mit weiteren Personen folgt  ja  nein

Person 1	ausgeübte berufliche Tätigkeit	Geschl. _____ Geburtsdatum _____ <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Nachname		
Birthsort*)	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> freiberuflich <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> Angest. im öffentl. Dienst <input type="checkbox"/> Beamter	Staatsangehörigkeit*) <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere Welche?
abweichender Geburtsname*)	Wenn selbstständig, seit wann?	<input type="checkbox"/> keine vorhanden
Vorname	Renten-/Sozialversicherungs-Nr. oder Zulagenummer (12-stellig):*)	
Person 2	ausgeübte berufliche Tätigkeit	Geschl. _____ Geburtsdatum _____ <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Nachname		
Birthsort*)	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> freiberuflich <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> Angest. im öffentl. Dienst <input type="checkbox"/> Beamter	Staatsangehörigkeit*) <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere Welche?
abweichender Geburtsname*)	Wenn selbstständig, seit wann?	<input type="checkbox"/> keine vorhanden
Vorname	Renten-/Sozialversicherungs-Nr. oder Zulagenummer (12-stellig):*)	

\*) Nur bei Tarif PflegeBahr (PZTG02) notwendig.

Bei vom Antragsteller abweichender Adresse, bitte angeben. \_\_\_\_\_

Namens- und Adressänderungen sind der Allianz Privaten Krankenversicherung mitzuteilen.

#### **Befreiung von der Versicherungsteuer nach § 4 Abs. 1 Nr. 5. b) Versicherungsteuergesetz (VersStG)**

**Nur zu beantworten, wenn Antragsteller/Versicherungsnehmer und zu versichernde Person 1/2 nicht identisch sind.**

#### **Voraussetzung für die Befreiung von der Versicherungsteuer nach dem VersStG**

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

Als Angehörige bzw. nahe Angehörige gelten:

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

#### **Person 1/2 ist Angehöriger des Antragstellers/Versicherungsnehmers**

nach § 7 Pflegezeitgesetz oder § 15 Abgabenordnung.

<b>Person 1</b>		<b>Person 2</b>	
ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

## 5. Tarif/Beitrag

### Person 1

Beantragter Tarif:	Tagessatz	Tarifbeitrag
<input type="checkbox"/> PflegetagegeldBest (PZTB03)	EUR	EUR
und/oder		
<input type="checkbox"/> Pflegetagegeld Erhöhung ambulant (PZTA03)*	EUR	EUR
und/oder		
<input type="checkbox"/> Pflege Einmalauszahlung (PZTE03)*	EUR	EUR
und/oder		
<input type="checkbox"/> PflegeBahrPlus**)	Tagessatz	
<input type="checkbox"/> PflegeBahr (PZTG02)** ***)	EUR	EUR
<input type="checkbox"/> PflegetagegeldPlus (PZTP02)***)	EUR	EUR
<b>Gesamtmonatsbeitrag</b>		EUR

### Person 2

Beantragter Tarif:	Tagessatz	Tarifbeitrag
<input type="checkbox"/> PflegetagegeldBest (PZTB03)	EUR	EUR
und/oder		
<input type="checkbox"/> Pflegetagegeld Erhöhung ambulant (PZTA03)*	EUR	EUR
und/oder		
<input type="checkbox"/> Pflege Einmalauszahlung (PZTE03)*	EUR	EUR
und/oder		
<input type="checkbox"/> PflegeBahrPlus**)	Tagessatz	
<input type="checkbox"/> PflegeBahr (PZTG02)** ***)	EUR	EUR
<input type="checkbox"/> PflegetagegeldPlus (PZTP02)***)	EUR	EUR
<b>Gesamtmonatsbeitrag</b>		EUR
<b>Gesamtmonatsbeitrag (Person 1 und 2)</b>		EUR

\* PZTA03 und/oder PZTE03 nur alleine beantragbar, wenn der Tarif PZTB03 bei der Allianz Privaten Krankenversicherung bereits besteht.

Beim PZTA03 beträgt der max. Tagessatz 150 EUR (1 EUR Schritte möglich). Der Tagessatz des PZTA03 darf den insgesamt im Tarif PZTB03 versicherten Tagessatz nicht übersteigen. Der PZTE03 kann bis zu einer max. Einmalauszahlung von 15.000 EUR abgeschlossen werden (250 EUR Schritte möglich).

\*\*) Bei einer Beantragung des Tarifes PflegeBahrPlus oder PflegeBahr verringert sich der Gesamtbeitrag um 5,- EUR staatliche Förderung pro Person und Monat.

\*\*\*) PZTG02 und PZTP02: beantragbar ab 18 Jahren. PZTP02 nur alleine beantragbar, wenn der Tarif PZTG02 bei der Allianz Privaten Krankenversicherung bereits besteht.

## 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.

#### 7. Staatlich geförderte Pflegetagegeldversicherung Angaben wie bisher, sofern nicht nachstehend vermerkt.

Besteht bereits eine staatlich geförderte Pflegetagegeldversicherung bei einem privaten Krankenversicherer (bitte auch die Allianz Private Krankenversicherungs-AG mit PflegeBahr (PZTG02) nennen) oder wurde eine beantragt?

<b>Person 1</b>		<b>Person 2</b>	
ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. Zusätzliche Erklärungen der zu versichernden Person(en) nur bei Tarifwahl PflegeBahr (PZTG02) oder PflegeBahrPlus

### Ich erkläre, dass ich

- in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert bin,
- vor Vertragsschluss keine (auch nicht ruhende) Leistungen als Pflegebedürftige/r nach dem vierten Kapitel des SGB XI oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflegepflichtversicherung beziehe oder in der Vergangenheit bezogen habe und
- jede Änderung der Verhältnisse bezüglich der Voraussetzungen für die Versicherungs- oder Förderfähigkeit, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung, unverzüglich dem Versicherer mitteile.

**Mir ist bewusst, dass auch unbewusst unrechte Angaben zur Rückforderung von gezahlten Zulagen und der Rückabwicklung des Vertragsverhältnisses führen und damit Ansprüche aus dem Vertrag verloren gehen.**

### 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 unrechte 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.**

### 9. Gesundheitsangaben und Fragen zum Gesundheitszustand

(zu beantworten bei Tarifen PflegeBahrPlus, PZTP02, PZTB03, PZTA03 und PZTE03)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig.

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

Größe/Gewicht (ab 10 Jahren)

Größe	Person 1	Person 2
-------	----------	----------

cm	cm
----	----

Gewicht	Person 1	Person 2
---------	----------	----------

kg	kg
----	----

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Besteht oder bestand bei Ihnen eine <b>Dienstunfähigkeit/volle Erwerbsminderung/Pflegebedürftigkeit</b> oder wurde diese beantragt? Oder brauchen Sie wegen körperlicher oder geistiger Einschränkungen <b>Hilfe oder Unterstützung bei alltäglichen Aufgaben</b> (z.B. Medikamentengabe)? .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sind Sie werdende Mutter oder werdender Vater oder beabsichtigen Sie eine Adoption? .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Besteht oder bestand bei Ihnen in den letzten <b>5 Jahren</b> eine der folgenden <b>Erkrankungen</b> ?<br><b>a)</b> Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, amyotrophische Lateralsklerose (ALS), Alzheimer, Amputation, Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADS/ADHS), Bewegungskoordinationsstörungen (Ataxien), Chorea Huntington, Demenz, Dialyse, Down-Syndrom (Trisomie 21), HIV-Infektion, Multiple Sklerose (MS), Muskeldystrophie, Organtransplantation, Parkinson, Schizophrenie, Wachkoma<br><b>b)</b> Bluter (Hämophilie), chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Diabetes, Hepatitis B/C, Herzinfarkt, Hirnfunktionsstörung, Hirnblutung, Immundefekt, Krebs, Lähmungen mit Bewegungseinschränkung, Myasthenia gravis, Polyneuropathie, Rheuma, Rückenmarkschäden, Schlaganfall .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Besteht oder bestand in den letzten <b>3 Jahren</b> eine der folgenden <b>Beschwerden/Erkrankungen/Verdacht</b> oder waren Sie wegen dieser in <b>Kontrolle/Nachsorge</b> oder <b>Behandlung</b> (z.B. Medikamente)? Vorsorgeuntersuchungen ohne Befund müssen nicht angegeben werden. Arterienverkalkung (Arteriosklerose), Arthritis, Arthrose, Asthma, Autismus, Bauchspeicheldrüsenerkrankung, Bewegungseinschränkungen, Bluthochdruck, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), chronisch offene Wunde (Dekubitus), chronisch/degenerative Wirbelsäulenerkrankungen, Epilepsie, Fibromyalgie, Gehirnhautentzündung (Enzephalitis), Gelenkersatz (TEP), Gerinnungsstörung, Gicht, Herzfehler, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörung, Herzschrittmacher, Wasserkopf (Hydrozephalus), Koronare Herzerkrankung (KHK), Krebs, Leberzirrhose, Migräne, Mukoviszidose (zystische Fibrose), Nierenfunktionsstörung, Osteoporose, psychische Erkrankungen sowie psychische und Verhaltensauffälligkeiten, stationäre Behandlungen/Unfall mit dauerhaften Folgen/laufender Behandlung, Schmerzsyndrom/chronische Schmerzen, Schlafapnoe-Syndrom ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Besteht oder bestand in den letzten <b>12 Monaten</b> eine behandlungs-/kontrollbedürftige <b>Entwicklungsverzögerung/Entwicklungsstörung</b> oder Verdacht auf eine <b>Entwicklungsverzögerung/Entwicklungsstörung</b> und/oder eine <b>Fehlbildung</b> und/oder eine <b>kognitive Störung</b> und/oder <b>krankhafte Folgen einer Frühgeburt</b> ? .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. <b>Ab 60 Jahren:</b> Bitte beantworten Sie zusätzlich nachstehende Frage:<br>Nehmen Sie regelmäßig <b>mehr als 2 Medikamente</b> ein und/oder bestehen bei Ihnen <b>mehr als 2 chronische Erkrankungen</b> ? (nicht anzugeben sind Erkrankungen aus Frage 9.3 und 9.4) .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nähere Angaben zu den Fragen 9.4 und 9.6, falls eine der beiden Fragen mit „ja“ beantwortet wurde (für jede Person)

Pers.	Genaue Diagnose/ Art der Beschwerden	Besteht seit (Monat/Jahr)	Art der Behandlung (z.B. Medikament/Krankenhaus/Operation)	Behandelnder Arzt/Therapeut Name und Anschrift

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

Reicht der Platz zur Beantwortung der Fragen nicht aus, nehmen Sie bitte Ergänzungen auf einem unterschriebenen Beiblatt vor (wird Bestandteil des Antrages).

Beiblätter benutzt?  ja; Anzahl? \_\_\_\_\_

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

### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

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

#### 1. Rücktritt

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

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

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

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

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

#### 2. Kündigung

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

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen,

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

### 3. Vertragsänderung

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

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

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

### 4. Ausübung unserer Rechte

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

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

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

### 5. Anfechtung

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

### 6. Stellvertretung durch eine andere Person

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

## Teil 3:

### Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung:

#### Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepliktentbindungserklärung

Die unten abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepliktentbindungserklärungen 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 Datenschutzzvorschriften 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 Schweigepliktentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepliktfreien Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Unsere Mitarbeiter unterliegen ebenfalls der Schweigepliktfreiheit nach § 203 Strafgesetzbuch (im Folgenden „Schweigepliktfreiheit“). Darum benötigen wir als Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung Ihre Schweigepliktentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepliktfreiheit geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z.B. Assistance-, Logistik- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

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

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

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepliktentbindungserklärungen 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 Widerfuhr dazu führen, dass die Leistung nicht mehr erbracht werden kann.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepliktfreiheit geschützten Daten sowie unter 1. und 3. auch den von Ihnen zur Prüfung der Leistungsprüfung 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 Leistungsprüfung zur Verfügung gestellten genetischen Daten zweckgebunden erheben, speichern und nutzen darf.

#### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungsprüfung

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 Leistungsprüfung erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z.B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

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

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

#### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten, genetischen Daten und weiterer von der Schweigepliktfreiheit 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 Leistungsprüfung kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepliktentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten, die von Ihnen in der Leistungsfallbearbeitung zur Verfügung gestellten genetischen Daten und weitere von der Schweigepliktfreiheit 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 Leistungsprüfung zur Verfügung gestellten genetischen Daten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungsprüfung 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 Schweigepliktfreiheit geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepliktfreiheit.

#### 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 von Ihnen die Schweigepliktfreiheit geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepliktentbindung 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 Schweigepliktfreiheit 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 kann im Internet unter [www.allianz.de/dienstleister-apk](http://www.allianz.de/dienstleister-apk) eingesehen oder bei uns (Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin, Telefon 08 00 4 10 01 09, [krankenversicherung@allianz.de](mailto:krankenversicherung@allianz.de)) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten 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 Leistungsprüfung 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 Schweigepliktfreiheit geschützter Daten von ihrer Schweigepliktfreiheit.

#### 3.3 Datenweitergabe an selbständige Versicherungsvermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit und keine genetischen Daten an selbständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder von der Schweigepliktfreiheit 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 Schweigepliktfreiheit geschützten Vertragsinformationen in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbständigen 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 Kalenderjahrs 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 Kalenderjahrs der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

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

## 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.

### Hinweise zum Antrag

#### Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen werden Ihr Antrag, der Versicherungsschein, sowie die Ihnen übermittelten Versicherungsbedingungen. Haben Sie auf deren Übermittlung vor Antragstellung verzichtet, erhalten Sie diese zusammen mit dem Versicherungsschein.

#### Widerrufsrecht

Sie können Ihren Antrag widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

#### Aufgabe einer bestehenden Kranken- und/oder Pflegeversicherung

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

#### Vollmacht zur förderfähigen Pflege-Zusatzversicherung

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

### Information zur Verwendung Ihrer Daten

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

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

Allianz Private Krankenversicherungs-AG  
10870 Berlin

Telefon: 08 00 4 10 01 09  
E-Mail: [krankenversicherung@allianz.de](mailto:krankenversicherung@allianz.de)

#### Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

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

Zur Erstellung von individuellen Angeboten sowie zur Prüfung Ihres Antrags auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen gemachten Angaben und ggf. ergänzende Angaben Dritter, um das von uns zu übernehmende Risiko einschätzen zu können. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir Ihre Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses. Kommt der Vertrag nicht zustande, speichern wir Ihre Gesundheitsdaten drei ganze 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 Auskunftsleistungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Daten zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben, zur Geschäftssteuerung oder zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife und Produkte sowie zu deren Kalkulation.

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

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

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

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

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

#### Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

##### Vermittler:

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

Spezialisierte Unternehmen unserer Unternehmensgruppe sowie externe Dienstleister:

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

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

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, sowie der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie der Übersicht in diesem Antrag sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter [www.allianz.de/dienstleister-apk](http://www.allianz.de/dienstleister-apk) 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 Jahre.

#### Betroffenenrechte

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

#### Widerspruchsrecht

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

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der oben genannten Adresse.

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

#### Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsvertrages 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 unternehmenseigene Datenschutzzörschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Diese können Sie dann im Internet unter [www.allianz.de/datenschutz](http://www.allianz.de/datenschutz) abrufen oder bei uns anfordern.

#### Automatisierte Einzelfallentscheidungen

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

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

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

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

Automatisierte Entscheidungen zu Ihren Ansprüchen auf Versicherungsleistungen basieren auf den mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen, wie dem Versicherungsvertrag und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie auf der Anwendung verbindlicher Entgeltregelungen, wie den gebührenrechtlichen Regelungen der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ), Heilpraktiker (Gebührl) oder dem Krankenhausentgeltgesetz sowie der Bundespflegesatzverordnung. Zur Prüfung des Umfangs Ihrer Leistungen berücksichtigen wir zudem die von uns zu Ihrer Person verarbeiteten Gesundheitsdaten. Sie haben jederzeit das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Unternehmens, auf Darlegung des eigenen Standpunktes und auf Anfechtung der Entscheidung. Ihr Recht können Sie unter folgender Adresse geltend machen [krankenversicherung@allianz.de](mailto:krankenversicherung@allianz.de).

## Unterschriften (Bitte mit Vor- und Zunamen)

Bevor Sie diesen 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** aufgeführten Erklärungen ab.

Bei Beantragung eines Tarifs ohne Risikoprüfung, wie dem Tarif „PflegeBahr“, 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, im Tarif „PflegeBahr“ insbesondere bei der Beantragung einer Leistung während der fünfjährigen Karenzzeit als Folge eines Unfalls.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die Hinweise in **Teil 3** habe ich zur Kenntnis genommen.

**Bitte beachten Sie**, dass Sie Ihren **Versicherungsschutz gefährden**, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben zu den „Fragen zu gefahrerheblichen Umständen“ machen. Ausführliche Hinweise zu Ihren Anzeigepflichten und den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie unter „**Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz**“, die in **Teil 2** dieses Antrags abgedruckt ist.

Gesetzlich vertretene Personen unterschreiben ab vollendetem 16. Lebensjahr.

 \_\_\_\_\_  
Ort, Datum \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller  
  
 \_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person 1 ab 16 Jahren  
 \_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person 2 ab 16 Jahren  
 \_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Vermittler

## Empfangsbestätigung

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

- Antragsdokument (Druckstücknummer SO-51-065Z0 (16V) mit Stand 11.25) inkl. der „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ sowie 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 zum beantragten Tarif (falls kein Verzicht erklärt wurde)

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

## Allianz Private Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Klaus-Peter Röhler.

Vorstand: Dr. Jan Esser, Vorsitzender;

Daniel Bahr, Anke Idstein, Tina Riedl, Markus von Freyberg, 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.

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

Nachname, Vorname (bzw. Firma): \_\_\_\_\_

### Kontoinhaber

Nachname, Vorname (bzw. Firma): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \*): \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer \*): \_\_\_\_\_

PLZ \*): \_\_\_\_\_ Ort \*): \_\_\_\_\_

**Geldinstitut:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**IBAN**

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**BIC**

X

Ort, Datum

X

Unterschrift des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

- Rücksendemöglichkeiten:
- per Post an Allianz Private Krankenversicherungs-AG 10870 Berlin
  - per Scan/Foto an krankenversicherung@allianz.de
  - per Rückgabe an Vermittler