

Antrag Krankenzusatz-/ Pflegezusatz- versicherung

(verwendbar auch für AS20 G/P
und KT nach RRG)
mit Verbraucherinformationen

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Reiner Hagemann
Vorstand: Dr. Ulrich Rumm (Vorsitzender),
Michael R. Bartholomé, Dr. Wolfgang Brezina,
Wilfried Johannßen
Sitz der Gesellschaft: München
Amtsgericht München HRB 2212
Postadresse:
Hauptverwaltung
80291 München

Ein Unternehmen der Allianz Group

14 Hinweise und Erklärungen

Hinweise und Erklärungen zum Kranken-/Pflegeversicherungs-Antrag und zur Gruppenversicherung bzw. einer Kollektivversicherung

14.1 Anzeigepflicht des Antragstellers

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen, Unfallfolgen oder Beschwerden angeben muss. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Personen richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Die Allianz Private Krankenversicherungs-AG hat sich verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen nicht offen gelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmateriale eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit.

14.2 Erklärungen zum Nettoeinkommen bei Anträgen auf Krankentagegeld
Für die Krankentagegeldversicherung bestätige ich, 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.

14.3 Aushändigung der Versicherungsbedingungen

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarife mit Tarifbedingungen werden dem Antragsteller spätestens mit dem Versicherungsschein übersandt, auf Wunsch auch bei Antragstellung ausgehändigt bzw. unverzüglich übersandt.

14.4 Schweigepflichtentbindungserklärung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hierzu ein Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern (Private Krankenversicherung) auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus – und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassenen Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht; dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruches die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Krankenversicherern (Private Krankenversicherung) und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

14.5 Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass der Versicherer Daten aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (zu Beiträgen, Versicherungsfällen, Risiko-/Vertragsänderungen) im erforderlichen Umfang übermittelt, und zwar

- zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung an Rückversicherer sowie
- zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer auf direktem Weg oder über den Verband der privaten Krankenversicherung.

Letzteres gilt auch für die Risikoprüfung zu Verträgen, die ich hier oder bei anderen Versicherern künftig beantrage. Es gilt in der Personenversicherung außerdem unabhängig vom Zustandekommen eines Vertrages.

Ich willige ferner ein, dass die deutschen Gesellschaften der Allianz Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den für mich zuständigen Vermittler zur Speicherung weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Vertragsangelegenheiten dient.

In der Personenversicherung dürfen Gesundheitsdaten nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden. An Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass personenbezogene Daten im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung, auch zu Finanzdienstleistungen, beim Vermittler oder der Gesellschaft gespeichert und den Vermittlern und den anderen deutschen Gesellschaften der Allianz Gruppe übermittelt werden können.

Meine Einwilligung ist nur wirksam, wenn ich die Möglichkeit hatte, vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen.

Diese Erklärung gilt auch für die gesetzlich vertretenen zu versichernden Personen.

14.6 Beratungsärzte

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten zur Beurteilung des Risikos bei der Antragsprüfung bzw. medizinischer Sachverhalte im Zusammenhang mit Erstattungsanträgen Beratungsärzten vorlegt. Diese Einwilligung gilt auch für die gesetzlich vertretenen zu versichernden Personen.

14.7 Widerspruchsrecht

Der Vertrag gilt auf der Grundlage des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen sowie der Verbraucherinformation, die mit dem Versicherungsschein ausgehändigt werden, als abgeschlossen. Ich kann diesem Vertragsabschluss innerhalb von 14 Tagen nach Überlassung der genannten Unterlagen in Textform widersprechen. Auf dieses Widerspruchsrecht werden wir Sie im Versicherungsschein nochmals gesondert hinweisen.

14.8 Vertragsdauer/Wartezeiten

Die Vertragsdauern/Wartezeiten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifes. Die Verträge verlängern sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern sie nicht bedingungsgemäß gekündigt werden.

14.9 Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrages

Ich verpflichte mich, Behandlungen und Untersuchungen durch Ärzte, Heilpraktiker und Psychotherapeuten und alle Veränderungen im Gesundheitszustand oder Gebisszustand der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrages eintreten, dem Vorstand umgehend schriftlich anzuzeigen; das Gleiche gilt für eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft und für anderweitig beantragte Kranken- und/oder Pflegeversicherungen.

14.10 Abschluss des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird. Bei Ablehnung des Antrages werden bereits kassierte Beiträge zurückgezahlt.

Vor der schriftlichen Annahme Ihres Antrages durch die Gesellschaft bzw. Aushändigung des Versicherungsscheins empfehlen wir, Ihre bisherige Versicherung vorläufig nicht aufzugeben.

14.11 Erklärungen für den Antrag zur Teilnahme an der Gruppenversicherung/ an einem Kollektivvertrag

Die besonderen Vereinbarungen des Gruppenversicherungsvertrages bzw. Kollektivvertrages erkenne ich an.

14.12 Zusätzliche Verbraucherinformationen

Die Leistungen des Versicherers können sich infolge steigender Heilbehandlungskosten bzw. allgemein häufigerer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Zur dauerhaften Erfüllung des Leistungsversprechens muss der Versicherer bei steigenden Krankheitskosten die Beiträge entsprechend anpassen.

Zur Beitragsbegrenzung im Alter bietet die Allianz Private Krankenversicherungs-AG Tarife mit garantierter Beitragsentlastung an.

Für Versicherte besteht spätestens nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Möglichkeit, bei Vorliegen der bedingungsmaßnen Voraussetzungen, die brancheneinheitlichen Standardtarife abzuschließen. Diese Tarife bieten ein Leistungsniveau, das dem der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Der zu zahlende Beitrag ist auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt.

14.13 Anwendbares Recht

Es gilt deutsches Recht.

14.14 Aufsichtsbehörde

Wir werden uns um ein reibungsloses Versicherungsverhältnis bemühen.

Sollten sich wider Erwarten Beanstandungen ergeben, wenden Sie sich bitte an die vertragsverwaltende Bezirksdirektion/Niederlassung, ggf. auch an die Hauptverwaltung in München. Sie können sich bei Beschwerden aber auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Anschrift: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Postfach 13 08, 53003 Bonn.

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Versicherungsnummer _____ - 5

Sind Sie bereits Kunde der Allianz Privaten Krankenversicherung? ja nein

Original für Versicherer

1. Antragsteller Herr Frau Firma

Name _____
Vorname _____
Straße, Hausnummer _____
Postleitzahl, Wohnort _____
Berufliche Tätigkeit / Branche / Art des Unternehmens Arbeitnehmer selbstständig
E-Mail: _____

Änderung zu den bisherigen Angaben? ja nein

Titel _____
Geburtsdatum _____ Fax-Nr. _____
Telefon (privat) _____ (geschäftlich) _____
Staatsangehörigkeit deutsch Seit wann in der BRD? _____
 allein stehend verheiratet Personen im Haushalt? _____

2. Einzugsermächtigung Änderungen zu den bisherigen Angaben ja nein

Die Beiträge sind - auch unter Berücksichtigung bedingungsgemäßer Änderungen - bis auf Widerruf bei Fälligkeit von nachstehendem Konto einzuziehen. Versicherungsleistungen der Allianz Privaten werden auf dieses Konto überwiesen, wenn nichts anderes vereinbart wird.

Name und Ort des Geldinstitutes, Zweigstelle _____
Bankleitzahl _____ Kontonummer _____

Name des Kontoinhabers, wenn nicht Antragsteller _____
Unterschrift des Kontoinhabers, wenn nicht Antragsteller _____

Anderes Konto für die Versicherungsleistungen der Allianz Privaten

Name des Geldinstitutes _____ BLZ _____ Kto. _____

3. Zahlungsweise der Beiträge (im Voraus) jährlich (4% Skonto) 1/2-jährlich (2% Skonto) 1/4-jährlich (1% Skonto) monatlich (nur Beiträge über 10 EUR)

4. Versicherungs-/Änderungsbeginn _____

5. Kranken-/Pflege-Zusatzversicherung/Krankentagegeld (nur RRG)

Antrag Ich beantrage den Abschluss eines Kranken-/Pflege-Zusatzversicherungsvertrages/Krankentagegeldes für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen. Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer. Vertragsdauer: siehe Ziffer 14.8
 Antrag Zur Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag bzw. Kollektivvertrag mit _____ Mitarbeiter/Mitglied seit: _____

6. Zu versichernde Personen (zusätzlich Familienname, wenn nicht wie Antragsteller) 2. Antrag mit weiteren Personen folgt ja nein

Pers. Vorname _____ Geschl. _____ Geb.-Datum _____ Pers. Vorname _____ Geschl. _____ Geb.-Datum _____
 m w m w

7. Tarife/Beiträge Monatsraten in EURO

Table with 4 columns: Pers. A, Tarif, Tages-satz EUR, Tarifbeitrag; Pers. B, Tarif, Tages-satz EUR, Tarifbeitrag

Name und Anschrift des Arbeitgebers _____
Tarif Z24P: Bei vorhandenen Schhilfen pro Person 2,50 EUR Zuschlag Pers. A Pers. B (Bitte ankreuzen)
Tarif AZ01: Bei vorhandenen Schhilfen pro Person 1,50 EUR Zuschlag Pers. A Pers. B (Bitte ankreuzen)
Gesamt-Monatsrate EUR _____

8. Andere Kranken-/Pflege-/Tagegeld-Versicherungen Besteht, bestand oder wurde in den letzten 3 Jahren eine Versicherung beantragt/abgelehnt (auch Probeantrag)?

Table with 6 columns: Person, Art und Name der Versicherung?, bei GKV, PKV/GKV von -bis/seit, Tagessatz/Art, Höhe in EUR

9. Gesundheitsangaben

Ihr Versicherungsvermittler berät Sie in Versicherungsfragen. Die medizinische Wertung Ihrer Angaben übernehmen unsere Fachleute für die Risikoprüfung. Bitte antworten Sie deshalb sorgfältig und vollständig. Falls Sie gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchten, können Sie diese innerhalb von drei Tagen gegenüber dem Vorstand durch eingeschriebenen Brief nachholen.
Zu präzisieren Genests vgl. auf der Rückseite unter Hinweise und Erklärungen Ziffer 14.1 Abs. 2.

10. Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand

1) Welcher Arzt/Behandler ist über Ihren Gesundheitszustand am Besten unterrichtet? (Bitte vollständig Name/Adresse/Fachrichtung angeben)
Pers. A _____ Pers. B _____
2) Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Unfallsfolgen, geistige/körperliche Gebrechen, seelische Störungen oder wurden/werden sonstige Kontrolluntersuchungen durchgeführt?
3) Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig in den letzten 3 Jahren Medikamente ein?
4) Ist eine ambulante/stationäre Untersuchung (auch Kontrolluntersuchung)/Behandlung angedenkt oder beabsichtigt?
5) Sind Sie in den letzten 5 Jahren ambulant/stationär im Krankenhaus bzw. Sanatorium oder in einer Kureinrichtung behandelt, untersucht, beobachtet worden?
6) Fand jemals eine Behandlung einer bösartigen Tumorerkrankung statt?
7) Sind Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten oder sonstige Schädigungsfolgen anerkannt?
8) Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, bitte Entbindungstermin unter „Genauere Diagnose“ angeben.
9) Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt? AIDS-Test-Ergebnis offen?

11. Nähere Angaben zu 10. 2-9 bei Antwort „ja“; pro Person A/B

Table with 7 columns: Pers. zu Frage, Genauere Diagnose, Welche Medikamente? Dosierung?, Ambulante Behandlung? von - bis? Anschrift der/ des Behandler/s, Stationäre/ambulante Behandlung im Krankenhaus? von - bis? Adresse?, Operation Wann durchgeführt? Wann geplant?, Arbeitsunfähigkeit Bei Versicherung mit Krankentagegeld: von - bis?, Behandlung abgeschlossen? Seit wann?

Insbesondere bei Unfällen: Bestehen Ansprüche gegen andere Versicherungsträger (Name)? _____

12. Zusatzfragen nur bei Absicherung von Zahnleistungen

1) Welcher Zahnarzt/Kieferorthopäde ist über Ihren Gebisszustand am Besten unterrichtet? (Bitte vollständig Name/Adresse/Fachrichtung angeben)
Pers. A _____ Pers. B _____
2) Sind Sie in zahnärztlicher/kieferorthopädischer Behandlung (Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie oder Kieferanomalie) bzw. sind solche angedenkt oder beabsichtigt? Besteht eine Parodontose?
3) Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (nicht Weisheits-/Milchzähne/Lückenschluss)?
4) Sind Zähne ersetzt oder überkront?

13. Nähere Angaben zu 12. 2-4 bei Antwort „ja“; pro Person A/B

Table with 5 columns: Pers. zu Frage, Derzeitige oder geplante Maßnahmen (oben/unten, rechts/links, oder Zahn-Nr. angeben)?, Laufende/geplante Kieferorthopädie? Dauer: von - bis?, Anzahl fehlender noch nicht ersetzter Zähne (oben/unten, rechts/links, oder Zahn-Nr. angeben)?, Vorhandener Zahnersatz (Prothesen, Brückenglieder inklusive Ankerkronen, Kronen, Implantate) Anzahl?, Alter des Zahnersatzes?

Reicht der Platz für die Beantwortung der Fragen zu 11. und 13. nicht aus, nehmen Sie bitte Ergänzungen auf einem unterschriebenen Beiblatt vor (wird Bestandteil des Antrages). Beiblatt benutzt? ja

Sind Nebenabreden getroffen oder wurden Vorbehalte bzw. Bedingungen gestellt? _____

Welche? _____
Datenschutz: Der Datenverarbeitung durch den Versicherer laut umseitiger Erklärung gemäß Ziffer 14.5 und 14.6 stimme ich zu.
Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite auch die weiteren „Hinweise und Erklärungen“.
Die Erklärungen enthalten unter anderem Ermächtigungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen zur Einbindung von der Schweigepflicht; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Hinweise und Erklärungen zum Inhalt dieses Antrages. Die Unterschriften des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie ggf. der gesetzlichen Vertreter gelten für alle beantragten Versicherungen.

Ort, Datum _____ (Die Durchschrift des Antrages habe ich erhalten)
Unterschrift des Antragstellers _____
Unterschriften der zu versichernden Person(en) ab 16. Lebensjahr _____
ggf. Unterschriften der gesetzlichen Vertreter _____
Stempel und Unterschrift des Vermittlers _____
511 - 73005 / 0078361