

ALLIANZ PRIVATE KRANKENVERSICHERUNGS-AG

Antrag Weiterversicherung nach Beendigung der betrieblichen Krankenversicherung

oder

Absicherung einer Anwartschaftsversicherung nach Tarif betriebliche Krankenversicherung Krankenhaus E (FKH01E) und/oder Krankenhaustagegeld (KHT02)

Pflichtangaben:

Vermittlernummer	<input type="text"/>
Vermittlername	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse (Wichtig für Nachbearbeitungen)	<input type="text"/>
Vermittlerstempel	<input type="text"/>

Zusätzliche Angaben:

Makler

externe Vorgangs-Nr.	<input type="text"/>
Fremd-Nr. (Untervermittler/Kooperationen)	<input type="text"/>

Ausschließlichkeit

B-Nr.b	<input type="text"/>
Bankordnungsmerkmal	<input type="text"/>



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:

Versicherungsnummer
AK- _____ (10-stellig)

1. Antragsteller Herr Frau
Nachname

Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer

Änderung zu den bisherigen Angaben? ja nein
Titel

Vorname _____ Geburtsdatum _____

angestellt selbstständig nicht erwerbstätig

Straße, Hausnummer _____

E-Mail*) _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Mobilfunk-Nr.*) _____

*) bei Interesse an „E-Mail statt Brief“ sind Angaben zu E-Mail und Mobilfunk-Nr. erforderlich

E-Mail: Wir hinterlegen Ihre E-Mail-Adresse in unserer Kundendatenbank für künftige Rückfragen oder Korrespondenz zu Ihren Verträgen mit Allianz-Gesellschaften und für eine etwaige Identifizierung, falls Sie Online-Services der Allianz nutzen. Zu Werbezwecken nutzen wir Ihre E-Mail-Adresse nur, wenn Sie uns dazu eine gesonderte Werbeeinwilligung erteilen. Bitte teilen Sie uns etwaige Änderungen Ihrer E-Mail-Adresse mit.

Mobilfunk-Nr.: Wir hinterlegen Ihre Mobilfunknummer in unserer Kundendatenbank für künftige Rückfragen oder Korrespondenz zu Ihren Verträgen mit Allianz-Gesellschaften und für eine etwaige Identifizierung, falls Sie Online-Services der Allianz nutzen. Zu Werbezwecken nutzen wir Ihre Mobilfunknummer nur, wenn Sie uns dazu eine gesonderte Werbeeinwilligung erteilen. Bitte teilen Sie uns etwaige Änderungen Ihrer Mobilfunknummer mit.

► E-Mail statt Brief

Ja, ich bin daran interessiert, Dokumente zu allen meinen Allianz-Verträgen künftig nur per E-Mail zu erhalten. Ich bin daher einverstanden, dass die Allianz Deutschland AG mir einmalig eine unverbindliche E-Mail sowie ggfs. zwei Erinnerungsmails mit Informationen und einem Link zur Anmeldung für „E-Mail statt Brief“ an die angegebene Adresse zusendet. Meine Einwilligung in den E-Mailversand sowie in die Verarbeitung meiner Daten hierfür kann ich jederzeit, beispielsweise per E-Mail an krankenversicherung@allianz.de widerrufen.

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

Wir als Allianz¹ möchten Sie zu unseren Angeboten aus den Bereichen Versicherung, Vorsorge und Vermögen² sowie zu besonderen Services³ 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 Daten⁴ mit mir in Verbindung setzt.

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

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

2. Versicherungsbeginn 0 1 _____

3. Zu versichernde Person (zusätzlich Familienname, wenn nicht wie Antragsteller) Namens- und Adressänderungen sind der Allianz Privaten Krankenversicherung mitzuteilen.

Vorname _____ Geschl. _____ Geb.-Datum _____
 m w selbstständig angestellt nicht erwerbstätig

Bei vom Antragsteller abweichender Adresse, bitte angeben: _____

4. Mitgliedschaft in einer Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) / Anspruch auf Heilfürsorge / Private Heilkostenvollversicherung (PKV)

Besteht eine Versicherung bei einer Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) / Anspruch auf Heilfürsorge / eine Private Heilkostenvollversicherung (PKV)?

Art der Versicherung?
 GKV Heilfürsorge PKV

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

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

Art der Privaten Krankenversicherung? _____ Name der Gesellschaft? _____ PKV von – bis/seit? Monat/Jahr? _____

6. Weiterversicherung nach Beendigung der betrieblichen Krankenversicherung

6.1. Antragserklärung

Ich beantrage den Abschluss eines **Kranken-Zusatzversicherungsvertrages** nach den jeweils benannten Tarifen. Die zu versichernde Person war durch _____ (Vertragspartner) vom _____ bis zum _____ unter der oben genannten Versicherungsnummer in der betrieblichen Krankenversicherung versichert.

6.2. Weiterversicherungstarife und Monatsbeiträge in EUR

Tarif	Monatsbeitrag in EUR
<input type="checkbox"/> betriebliche KV Heilpraktiker E (FAH01E)	_____
<input type="checkbox"/> betriebliche KV Sehhilfe E (FAS01E)	_____
<input type="checkbox"/> betriebliche KV VorsorgeExtra E (FAVE01E)	_____
<input type="checkbox"/> betriebliche KV Vorsorge E (FAV01E)	_____
<input type="checkbox"/> betriebliche KV Krankenhaus E (FKH01E) Hinweis: Der Tarif FKH01E kann nicht neben Tarif FKHU01E beantragt werden. Tarif kann nur für GKV-versicherte Personen abgeschlossen werden.	_____
<input type="checkbox"/> betriebliche KV Krankenhaus bei Unfall E (FKHU01E) Hinweis: Der Tarif FKHU01E kann nicht neben Tarif FKH01E beantragt werden. Tarif kann nur für GKV-versicherte Personen abgeschlossen werden.	_____
<input type="checkbox"/> Krankenhaustagegeld (KHT02) Tagessatz:	_____
<input type="checkbox"/> betriebliche KV Zahnersatz E (FZZ01E) Hinweis: Es besteht eine Zahnstaffel, wenn der vorherige Zahntarif nicht schon 4 Jahre bestand.	_____
<input type="checkbox"/> betriebliche KV Zahnersatz Best E (FZZB02E) Hinweis: Es besteht eine Zahnstaffel, wenn der vorherige Zahntarif nicht schon 4 Jahre bestand.	_____
<input type="checkbox"/> betriebliche KV Zahnersatz Plus E (FZZP02E) Hinweis: Es besteht eine Zahnstaffel, wenn der vorherige Zahntarif nicht schon 4 Jahre bestand.	_____
<input type="checkbox"/> ZahnFit (ZFN) Hinweis: Es besteht eine Zahnstaffel, wenn der vorherige Zahntarif nicht schon 4 Jahre bestand.	_____
<input type="checkbox"/> ZahnFit (ZF02) Hinweis: Es besteht eine Zahnstaffel, wenn der vorherige Zahntarif nicht schon 4 Jahre bestand.	_____
<input type="checkbox"/> Reise-Krankenversicherung (RP) Versicherungsfähigkeit im Tarif RP besteht abweichend zur AVB auch ohne substitutive Krankheitskostenversicherung.	_____
<input type="checkbox"/> betriebliche KV Krankentagegeld E (FKT01E) Tagessatz:	_____
<input type="checkbox"/> betriebliche KV MeinGesundheitsBudget E mit Jahresbudget in Höhe von _____	_____
<input type="checkbox"/> MeinGesundheitsBudget Plus E, bestehend aus den Tarifen _____ <input type="checkbox"/> betriebliche KV MeinGesundheitsBudget kombi E mit Jahresbudget in Höhe von _____ und <input type="checkbox"/> betriebliche KV Zahnersatz Plus E (FZZP02E): Hinweis: es besteht eine Zahnstaffel, wenn der vorherige Zahntarif nicht schon 4 Jahre bestand.	_____
<input type="checkbox"/> MeinGesundheitsBudget Best E, bestehend aus den Tarifen _____ <input type="checkbox"/> betriebliche KV MeinGesundheitsBudget kombi E mit Jahresbudget in Höhe von _____ und <input type="checkbox"/> betriebliche KV Zahnersatz Best E (FZZB02E): Hinweis: es besteht eine Zahnstaffel, wenn der vorherige Zahntarif nicht schon 4 Jahre bestand.	_____
<input type="checkbox"/> betriebliche KV MeineGesundheit E (mit Zahn im Budget), mit Jahresbudget in Höhe von _____ mit <input type="checkbox"/> Option Sehhilfe (75% im Budget) oder mit <input type="checkbox"/> Option Sehhilfe Extra (75% in Extrabudget)	_____
<input type="checkbox"/> betriebliche KV MeineGesundheit E (ohne Zahn im Budget), mit Jahresbudget in Höhe von _____ mit <input type="checkbox"/> Option Sehhilfe (75% im Budget) oder mit <input type="checkbox"/> Option Sehhilfe Extra (75% in Extrabudget)	_____
<input type="checkbox"/> MeinZahnschutz 75 (ZS75), Hinweise: Es besteht eine Zahnstaffel, wenn der vorherige Zahntarif nicht schon 3 Jahre bestand. Tarif kann nur für GKV-versicherte Personen abgeschlossen werden.	_____
<input type="checkbox"/> MeinZahnschutz 90 (ZS90), Hinweise: Es besteht eine Zahnstaffel, wenn der vorherige Zahntarif nicht schon 3 Jahre bestand. Tarif kann nur für GKV-versicherte Personen abgeschlossen werden.	_____
<input type="checkbox"/> MeinZahnschutz 100 (ZS100), Hinweise: Es besteht eine Zahnstaffel, wenn der vorherige Zahntarif nicht schon 3 Jahre bestand. Tarif kann nur für GKV-versicherte Personen abgeschlossen werden.	_____
Gesamtmonatsbeitrag in EUR	

7. 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.

8. Anwartschaftsversicherung nach Tarif betriebliche Krankenversicherung Krankenhaus E (FKH01E) und/oder Krankenhaustagegeld (KHT02)

Ich beantrage den Abschluss einer **Kranken-Zusatzversicherung** nach

Tarif **betriebliche KV Krankenhaus E (FKH01E)** als **Anwartschaftsversicherung**.

Der **Monatsbeitrag** für die **Anwartschaftsversicherung** nach Tarif **FKH01E** beträgt _____ EUR.

Tarif **Krankenhaustagegeld (KHT02)** mit Tagessatz _____ EUR als **Anwartschaftsversicherung**.

Der **Monatsbeitrag** für die **Anwartschaftsversicherung** nach Tarif **KHT02** für den ausgewählten Tagessatz beträgt _____ EUR.

Die zu versichernde Person ist durch _____ (Vertragspartner) ab dem _____ unter der oben genannten Versicherungsnummer in der betrieblichen Krankenversicherung versichert.

Zu diesem Antrag bestehen keine Nebenabreden.

Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung:

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die unten abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden im Wesentlichen auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der ab 25.05.2018 wirksamen EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten für den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, Ihre Allianz Private Krankenversicherungs-AG (im Folgenden „der Versicherer“), daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Damit wir in der Vertragsdurchführung auch die von Ihnen ausschließlich zur Leistungsprüfung zur Verfügung gestellten Ergebnisse aus diagnostischen genetischen Untersuchungen (im Folgenden „genetische Daten“) erheben und verwenden dürfen, benötigen wir auch hierfür Ihre Einwilligung (zur Prüfung dieses Antrages dürfen genetische Daten vom Versicherer weder erhoben noch verwendet werden). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Unsere Mitarbeiter unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (im Folgenden „Schweigepflicht“). Darum benötigen wir als Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z. B. Assistance-, Logistik- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

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

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Soweit die Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten auf der Grundlage einer ausdrücklichen Einwilligung erfolgt, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ist Ihre Einwilligung zur Durchführung des Vertrages erforderlich, wird ein Widerruf dazu führen, dass die Leistung nicht mehr erbracht werden kann.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten sowie unter 1. und 3. auch den von Ihnen zur Prüfung der Leistungspflicht zur Verfügung gestellten genetischen Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) und
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.).

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 künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Weiter willige ich ein, dass die geltend gemachten Ansprüche auf Versicherungsleistungen im Rahmen der vertraglichen Vereinbarungen vom Versicherer automatisiert entschieden werden dürfen, wenn dabei Gesundheitsdaten verarbeitet werden.

Darüber hinaus willige ich ein, dass der Versicherer die von mir zukünftig im Rahmen der Vertragsdurchführung – ausschließlich zur Prüfung seiner Leistungspflicht – zur Verfügung gestellten genetischen Daten zweckgebunden erheben, speichern und nutzen darf.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

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

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

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

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten, genetischen Daten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten, die von Ihnen in der Leistungsfallbearbeitung zur Verfügung gestellten genetischen Daten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und meine ausschließlich zur Prüfung seiner Leistungspflicht zur Verfügung gestellten genetischen Daten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten und genetischen Daten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten, genetischen Daten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten sowie der von Ihnen in der Leistungsfallbearbeitung zur Verfügung gestellten genetischen Daten kommen kann, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe oder einer anderen Stelle außerhalb der Allianz Deutschland Gruppe übertragen. Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten und/oder Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste kann im Internet unter www.allianz.de/dienstleister-apkv eingesehen oder bei uns (Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 09, krankenversicherung@allianz.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und genetischen Daten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten sowie die von mir ausschließlich zur Prüfung seiner Leistungspflicht zur Verfügung gestellten genetischen Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten und genetischen Daten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Allianz Deutschland Gruppe und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten, genetischen Daten und anderer von der Schweigepflicht geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit und keine genetischen Daten an selbstständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder von der Schweigepflicht geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Einbeziehung von Gutachtern, Annahme mit Risikozuschlägen, Ausschlüsse bestimmter Risiken oder Wartezeiten) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Vertragsinformationen in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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.

Erklärungen und Hinweise zum Antrag

Erklärungen zum Antrag

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes bin ich einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt.

Zusätzliche Erklärung bei Antrag auf Abschluss einer Krankentagegeldversicherung:

Ich bestätige, dass der gewünschte Tagessatz auch unter Berücksichtigung bestehender und beantragter Versicherungen mein durchschnittliches Nettoeinkommen nicht übersteigt und, soweit ein Anstellungsverhältnis besteht, die gewählte Karenzzeit der Dauer der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall entspricht.

Hinweise zum Antrag

Vertragsgrundlagen

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

Widerrufsrecht

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

Aufgabe einer bestehenden Kranken- und / oder Pflegeversicherung

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

Information zur Verwendung Ihrer Daten

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

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

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
10870 Berlin
Telefon: 08 00.4 10 01 09
E-Mail: krankenversicherung@allianz.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

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

Zur Erstellung von individuellen Angeboten sowie zur Prüfung Ihres Antrags auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen gemachten Angaben und ggf. ergänzende Angaben Dritter, um das von uns zu übernehmende Risiko einschätzen zu können. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir Ihre Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses. Kommt der Vertrag nicht zustande, speichern wir Ihre Gesundheitsdaten drei volle Kalenderjahre für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um den Eintritt und den Umfang des Versicherungsfalles, Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge sowie ggf. den Eintritt und die Abwicklung von Regressforderungen prüfen zu können. Die Daten nutzen wir weiterhin für eine Betrachtung und Pflege der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise für die Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder für umfassende Auskunftserteilungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Daten zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben, zur Geschäftssteuerung oder zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife und Produkte sowie zu deren Kalkulation.

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

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

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

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

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

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler:

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

Spezialisierte Unternehmen unserer Unternehmensgruppe sowie externe Dienstleister:

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

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

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, sowie der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.allianz.de/dienstleister-apkv entnehmen oder bei uns anfordern.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre Daten an weitere Empfänger übermitteln, z. B. an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten.

Dauer der Datenspeicherung

Grundsätzlich löschen wir Ihre Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Wir bewahren Ihre Daten für die Zeit auf, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich, unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch sowie der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn volle Jahre.

Betroffenenrechte

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

Widerspruchsrecht

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

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der oben genannten Adresse.

Daneben haben Sie die Möglichkeit, sich an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Die für uns zuständige Behörde ist:

Das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht in Ansbach.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir nach dem 25.05.2018 Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Diese können Sie dann im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen oder bei uns anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir bei der Nutzung von digitalen Antragsstrecken automatisiert über das Zustandekommen des Vertrages und 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:

Automatisierte Entscheidungen zu Ihren Ansprüchen auf Versicherungsleistungen basieren auf den mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen, wie dem Versicherungsvertrag und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie auf der Anwendung verbindlicher Entgeltregelungen, wie den gebührenrechtlichen Regelungen der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ), Heilpraktiker (GebÜH) oder dem Krankenhausentgeltgesetz sowie der Bundespflegesatzverordnung. Zur Prüfung des Umfangs Ihrer Leistungen berücksichtigen wir zudem die von uns zu Ihrer Person verarbeiteten Gesundheitsdaten.

Unterschriften (Bitte mit Vor- und Zunamen)

Bevor Sie 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 2** aufgeführten Erklärungen ab.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die Hinweise in **Teil 2** habe ich zur Kenntnis genommen.

Gesetzlich vertretene Personen unterschreiben ab vollendetem 16. Lebensjahr.

Ort _____ Datum _____

X

Unterschrift Antragsteller

X

Unterschrift der zu versichernden Person ab 16 Jahren

X

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Vermittler

Empfangsbestätigung

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen erhalten:
Antragsdokument (Druckstücknummer SO-51-030Z0 (17V) mit Stand 5.25) inkl. der
„Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung“

X

Unterschrift Antragsteller

Verzichtserklärung

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

X

Unterschrift Antragsteller

Hinweis: Durch diese Verzichtserklärung wird das gesetzliche Widerrufsrecht nicht beeinträchtigt.

Allianz Private Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Klaus-Peter Röhler.

Vorstand: Dr. Jan Esser, Vorsitzender;

Daniel Bahr, Dr. Klaus Berge, Anke Idstein, Tina Maric, Dr. Thomas Wiesemann.

Für Umsatzsteuerzwecke: USt-IdNr.: DE 811 239 569; Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei gemäß § 4 Nr. 10 a) UStG und versicherungsteuerfrei gemäß § 4 Nr. 5 VersStG.

Hauptverwaltung: Königinstr. 28, 80802 München

Sitz der Gesellschaft: München,

Registergericht: München, HRB 2212

www.gesundheit.allianz.de

Bitte zurücksenden an

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
10870 Berlin

Vertragsführende Gesellschaft

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
Königinstr. 28
80802 München

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE40ZZZ0000063851

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

Ort, Datum

X

Unterschrift des Kontoinhabers

X

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