

ALLIANZ PRIVATE KRANKENVERSICHERUNGS-AG

Anmeldung zur Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag
Tarife IMB100U / IMB100LU / PVNN

Antrag für eine Krankenversicherung nach Tarif IMB100U
Antrag für eine Pflegeversicherung nach Tarif PVNN
Antrag zur Teilnahme an der Kollektivversicherung für Impatriates

Enrolment for participation in the group insurance contract
Insurance plans IMB100U / IMB100LU / PVNN

Application for health insurance plan IMB100U
Application for long-term care insurance plan PVNN
Application in the participation in the collective insurance for impatriates

Antwort an / Answer to:

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"/>
Gruppen-Nr./ Group ID (Allianz Partners)	<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 / Part 1:

Nummer der bestehenden Krankenversicherung / Number of the existing health insurance

AK - _____

Name, Vorname der hauptversicherten Person / Surname, first name of the main insured person _____

Änderung zu den bisherigen Angaben? / Changes to the previous data?

ja / yes nein / no

▶ 1. Vertragspartner/Antragsteller / contractual partner/Applicant

Firma / Company name _____

Straße, Haus-Nr. / Address _____

Postleitzahl, Ort / Postcode, town/city _____

▶ 2. Versicherungsbeginn / Policy inception date _____

▶ 3.1 Anmeldung / Enrolment

Ich melde nachstehende Person(en) nach den jeweils bezeichneten Tarifen zur Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag mit nachfolgender Versicherungsnummer an / I enrol the following individual(s) for participation in the group insurance contract with the following contract number according to the tariffs specified in each case

AK - _____

IMB100U

Monatsbeitrag /
monthly contribution

IMB100LU

Monatsbeitrag /
monthly contribution

PVNN*

Monatsbeitrag /
monthly contribution

Person 1 / Individual 1 _____ EUR (€)

Person 1 / Individual 1 _____ EUR (€)

Person 1 / Individual 1 _____ EUR (€)

Person 2 / Individual 2 _____ EUR (€)

Person 2 / Individual 2 _____ EUR (€)

Person 2 / Individual 2 _____ EUR (€)

Person 3 / Individual 3 _____ EUR (€)

Person 3 / Individual 3 _____ EUR (€)

Person 3 / Individual 3 _____ EUR (€)

* Pflegepflichtversicherung (PPV) nach Tarif PVNN . / Long-term care insurance plan PVNN.

**Krankentagegeldversicherung /
Sick Pay Product**

Monatsbeitrag /
monthly contribution

Person 1 / Individual 1 KT107W KT114W KT127W
 KTIL07W KTIL14W KTIL27W

Tagessatz / Daily Rate _____ EUR (€)

_____ EUR (€)

▶ 4. Zu versichernde Person(en) / Individual(s) to be insured

Ein/e zweite/r Anmeldung/Antrag mit weiteren Personen folgt. / A second enrolment/application with additional persons follows. ja / yes nein / no

Personen 2-3 sind Familienangehörige von Person 1. Namens- und Adressänderungen sind dem Versicherer über die AWP Health & Life Services Limited mitzuteilen. /

All individuals (2 to 3) shall be family members / dependants of individual 1. Name and address changes have to be sent to the insurer via AWP Health & Life Services Limited.

Person 1 / Individual 1

Titel / Title _____ Geschlecht / Sex männlich / male weiblich / female

E-Mail _____

Nachname / Surname _____ Vorname / First name _____

Straße, Haus-Nr. / Address _____

Postleitzahl / Postcode D- _____ Ort / town/city _____

Geburtsdatum / Date of birth _____ Staatsangehörigkeit / Nationality _____

Steuer-Identifikations-Nr. / Tax ID number _____ keine vorhanden / not available

Ausgeübte berufliche Tätigkeit / Occupation _____ angestellt / employed

Beginn der Beschäftigung beim Vertragspartner / Start of employment with the contractual partner _____

Datum der Einreise nach Deutschland / Date of entry into Germany _____

Bei Auswahl der Krankentagegeldversicherung / If Sick Pay Product selected:

Besteht der Arbeitsvertrag nach deutschem Recht? / Does the employment contract exist under German law? ja / yes nein / no

Monatliches Bruttoeinkommen / Monthly Gross Income _____ EUR (€)

Dauer der Entgeltfortzahlung im Fall der Arbeitsunfähigkeit / Sick Pay Benefit Duration _____ Wochen / Weeks

Person 2 / Individual 2

Titel / Title _____ Geschlecht / Sex männlich / male weiblich / female Ehepartner/eingetragener Lebenspartner / Spouse/civil partner Kind / Child
 E-Mail (ab 16 Jahren / if aged 16+) _____
 Nachname / Surname _____ Vorname / First name _____
 Geburtsdatum / Date of birth _____ Staatsangehörigkeit / Nationality _____
 Steuer-Identifikations-Nr. / Tax ID number _____ keine vorhanden / not available
 Ausgeübte berufliche Tätigkeit / Occupation _____
 selbstständig / self-employed Seit wann? / Since when? _____
 angestellt / employed nicht erwerbstätig / unemployed
 Datum der Einreise nach Deutschland / Date of entry into Germany _____

Person 3 / Individual 3

Titel / Title _____ Geschlecht / Sex männlich / male weiblich / female Ehepartner/eingetragener Lebenspartner / Spouse/civil partner Kind / Child
 E-Mail (ab 16 Jahren / if aged 16+) _____
 Nachname / Surname _____ Vorname / First name _____
 Geburtsdatum / Date of birth _____ Staatsangehörigkeit / Nationality _____
 Steuer-Identifikations-Nr. / Tax ID number _____ keine vorhanden / not available
 Ausgeübte berufliche Tätigkeit / Occupation _____
 selbstständig / self-employed Seit wann? / Since when? _____
 angestellt / employed nicht erwerbstätig / unemployed
 Datum der Einreise nach Deutschland / Date of entry into Germany _____

► 5. Angaben zur Pflege-Pflichtversicherung (PPV) / Information for compulsory long-term care insurance (PPV)

Übersteigt das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen die Grenze für die Familienversicherung?*) / Does the regular total monthly income exceed the threshold for family insurance?*)
 Innerhalb der letzten zehn Jahre ist eine PPV von mindestens zwei Jahren anzugeben. / Please provide details of any compulsory long-term care insurance held for more than two years within the past ten years.

	<input type="checkbox"/> ja / yes <input type="checkbox"/> nein / no	bei / with	von – bis / from – to
Person 1 / Individual 1		_____	_____
Person 2 / Individual 2		_____	_____
Person 3 / Individual 3		_____	_____

Angaben zum Ehepartner/eingetragenen Lebenspartner, wenn dieser nicht als zu versichernde Person aufgeführt ist / Details of the spouse/civil partner, if not listed as an individual to be insured

Nachname, Vorname / Surname, First name _____ ja / yes nein / no

*) Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 1 EStG). Dazu zählen z. B. Gehälter, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, Kapitalerträge oder Mieteinnahmen. Grundsätzlich beträgt die Grenze für die Familienversicherung 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des 4. Sozialgesetzbuches, derzeit EUR _____ (vom Vermittler einzutragen). Wird das Gesamteinkommen jedoch voll oder zum Teil durch die Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV erzielt, gilt eine Einkommensgrenze von 556 EUR. /

*) The total income refers to earnings in total as per the German Income Tax Law (EStG, § 2.1). These include salaries, income from self-employment, capital gains or rental income. The limit for family insurance cover amounts to 1/7 of the monthly reference value as per § 18 of Book IV of the German Social Code (Sozialgesetzbuch IV), currently EUR _____ (to be added by the broker). If the total income is fully or partly earned through marginal employment as per § 8 para. 1 no. 1, § 8a of Book IV of the German Social Code (Sozialgesetzbuch IV), an income limit of EUR 556 applies.

► 6. Mitgliedschaft in einer Gesetzlichen Krankenkasse (GKV)/Anspruch auf Heilfürsorge / Membership of a statutory health insurance fund/Entitlement to medical assistance for civil servants

Besteht, bestand in den letzten 5 Jahren eine Versicherung bei einer Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) Anspruch auf Heilfürsorge? / Do you have/did you have statutory health insurance cover? Are you/were you entitled to medical assistance for civil servants in the last five years? ja / yes nein / no

Person / Individual	Art der Versicherung? / Type of insurance	Name der Krankenkasse? / Name of health insurance fund	Bei GKV / If statutory health insurance, please indicate:	Von – bis / seit? / From – to / since?
1	<input type="checkbox"/> GKV / Statutory health insurance <input type="checkbox"/> Heilfürsorge / Medical assistance for civil servants	_____	<input type="checkbox"/> Freiwillig / Voluntary <input type="checkbox"/> Pflichtig / Mandatory	_____
2	<input type="checkbox"/> GKV / Statutory health insurance <input type="checkbox"/> Heilfürsorge / Medical assistance for civil servants	_____	<input type="checkbox"/> Freiwillig / Voluntary <input type="checkbox"/> Pflichtig / Mandatory	_____
3	<input type="checkbox"/> GKV / Statutory health insurance <input type="checkbox"/> Heilfürsorge / Medical assistance for civil servants	_____	<input type="checkbox"/> Freiwillig / Voluntary <input type="checkbox"/> Pflichtig / Mandatory	_____

▶ 7. Zahlungsweise der Beiträge (im Voraus) / payment method of contributions (in advance)

Ihre Beiträge sind monatlich zur Zahlung fällig. / Your contributions are due for payment on a monthly basis.

▶ 8. Andere private Krankenversicherung / Other private health insurance

Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherer (bitte auch die Allianz Private Krankenversicherungs-AG und Versicherungen im Ausland nennen)? / Do you have/did you have insurance cover from a private health insurer in the last five years? (please include insurance cover provided by Allianz Private Krankenversicherungs-AG as well as insurance cover held abroad)? ja / yes nein / no

Bei beabsichtigter Kündigung **voraussichtliches** Ende der Vorversicherung? Monat/Jahr? / If you have cancelled your existing insurance cover, please state the **expected** end date

Person / Individual	Art der Privaten Krankenversicherung? / Type of insurance cover *)	Name der Gesellschaft? / Name of insurer?	PKV von - bis/seit? / Medical assistance for civil servants/private health – until/since?
1	<input type="checkbox"/> ja / yes <input type="checkbox"/> nein / no		
2	<input type="checkbox"/> ja / yes <input type="checkbox"/> nein / no		
3	<input type="checkbox"/> ja / yes <input type="checkbox"/> nein / no		

*) Für Personen ab Alter 21: Ist die Private Krankenversicherung substitutiv und befristet? / For persons aged 21 and over: Is the private health insurance a compliant coverage to Germany ("substitutiv") and temporary?

Teil 2: Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung:

I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der ab 25.05.2018 wirksamen EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten für die Versicherung / 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 Durchführung der Versicherung / des Vertrages 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 eine Versicherung / 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 Ihrer Versicherung / Ihres Vertrages unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss der Versicherung / 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 der Versicherung / 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 Begründung, Durchführung oder Beendigung der Versicherung / des Vertrages 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 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 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 ist unten angefügt (*). Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.allianz.de/daten-schutz eingesehen oder bei uns (Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 09, krankenversicherung@allianz.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und genetischen Daten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

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

3.3 Datenweitergabe an selbständige Versicherungsvermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit und keine genetischen Daten an selbstständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder von der Schweigepflicht geschützte Informationen über Ihre Versicherung / 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 Ihre Anmeldung / Ihr Antrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihre Versicherung / Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt die Versicherung / der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler werden Sie von 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.

II. Für bestimmte Produkte benötigen wir folgende weitere Erklärungen zur Datenverarbeitung

Einwilligungserklärung bei Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag

Nehme ich am Gruppenversicherungsvertrag teil, **willige ich ein**, dass der Gruppenversicherungsvertragspartner dem Versicherer zur Ermittlung der teilnahmeberechtigten Personen meine Zugehörigkeit zum versicherbaren Personenkreis sowie mein Ausschcheiden daraus mitteilen darf. Erteile ich diese Einwilligung nicht oder widerrufe sie später, ist eine Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag nicht möglich.

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

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

Erklärungen und Hinweise zur Anmeldung / zum Antrag

Erklärungen zur Anmeldung / 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 zur Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag oder der Kollektivversicherung

Die Bestimmungen des Gruppenversicherungsvertrages bzw. der Kollektivversicherung erkenne ich an.

Hinweise zur Anmeldung / zum Antrag

Vertragsgrundlagen

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

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Anmeldung / 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 der Anmeldung / 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 der Versicherung / des Vertrages sind ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (im Folgenden „Daten“) nicht möglich.

Zur Erstellung von individuellen Angeboten sowie zur Prüfung Ihrer Anmeldung / Ihres Antrags, benötigen wir die von Ihnen gemachten Angaben zur Begründung des Versicherungs- / Vertragsverhältnisses. Kommt die Versicherung / der Vertrag zustande, verarbeiten wir Ihre Daten zur Durchführung des Versicherungs- / Vertragsverhältnisses, z.B. zur Prüfung des fristgerechten Forderungsausgleichs. Angaben zum Leistungsfall benötigen

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

Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, Allianz Direct Versicherungs-AG (Konzerngesellschaft der Allianz SE), ADAC Autoversicherung AG (ein Unternehmen der Allianz Gruppe) und Deutsche Lebensversicherungs-AG.
Allianz Konzerngesellschaften (mit * gekennzeichnet) und Dienstleister, die im Auftrag des Versicherers personenbezogene Daten verwenden, die von der Schweigepflicht geschützt sind und/oder Gesundheitsdaten erheben, verarbeiten oder nutzen:

- Allianz SE* (zentrale Governance- und Compliancefunktion, statistische Auswertungen)
- Allianz Deutschland AG* (Betrieb Unterstützung für das Onlineportal Meine Allianz)
- Allianz Digital Health GmbH* (Governancefunktion)
- Allianz Kunde und Markt GmbH (vertriebs- und kundennahe Servicedienstleistungen)
- Allianz ONE Business Solutions GmbH (kundennahe Serviceleistungen)
- Allianz Technology SE* (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe)
- Allianz Managed Operations Services SE Ireland Branch* (Software Development & Support Services)
- AWP Service Deutschland GmbH* (Assistancedienstleistungen)
- AWP Health & Life SA - Irish Branch* (Administrative Unterstützungsleistungen)
- GCC Romania (Dienstleistungen der Schadensverwaltung)
- rehacare GmbH*, Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Reha-Dienstleistungen)
- VLS Versicherungslogistik GmbH* (Posteingangsbearbeitung)
- KVM ServicePlus - Kunden- und Vertriebsmanagement GmbH* (Vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)

- Assistancedienstleister (weltweites Medical Case Management)
- CSC Deutschland Solutions GmbH (E-Mail-Provider)
- IBM Deutschland GmbH (IT-Wartung)
- Gevecom GmbH (Telefonservice)
- Telcon GmbH (Telefonservice)
- Deutsche Post Adress GmbH und Co. KG (Adressmanagement)
- Shree Staffing Ireland Ltd. (Software Development & Support Services)
- HL Casework GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- IMB Consult GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- Manutex GmbH (Begutachtung der medizinischen Notwendigkeit zur Versorgung mit Hilfsmitteln)
- Medexo GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- Medicproof GmbH (Pflegebegutachtung)
- ViaMed GmbH (Medical Consulting, Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- G + D Mobile Security GmbH (Herstellung der Allianz Card für Privatversicherte)
- Research Industrial Systems Engineering (RISE) (Software-Service)
- SDA SE Open Industry Solutions (Plattform-Service)
- Seghorn Inkasso GmbH (Einzug notleidender Forderungen, Mahnverfahren)
- Sirius Inkasso GmbH (Einzug notleidender Forderungen, Mahnverfahren)
- Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
- Pflegedienste und Hilfsmittelversorger (Vermittlung von Pflegediensten sowie Hilfsmittelversorgern)
- Krankenrücktransporte (medizinisch notwendiger Rücktransport aus dem Ausland)
- Entsorgungsunternehmen (datenschutzgerechte Vernichtung von Papierunterlagen)

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 Anpassung der Versicherung / des Vertrages 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 für vorvertragliche Maßnahmen und zur Erfüllung Ihrer Versicherung / Ihres Vertrages. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie Gesundheitsdaten, erforderlich sind, benötigen wir grundsätzlich Ihre Einwilligung, es sei denn, es liegen die Voraussetzungen eines gesetzlichen Tatbestandes vor, z. B. bei der Gesundheitsvorsorge oder der Erstellung von Statistiken.

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

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

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

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler:

Der selbständige Vermittler, der Ihre Versicherung / Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, mit welchem Inhalt die Versicherung / der Vertrag geschlossen wurde. Darüber hinaus übermitteln wir die zur Betreuung Ihrer Versicherungen / Verträge 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 Telefonaten, Post und Inkasso von diesen Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden.

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

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, sowie der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie der Übersicht in diesem Antrag sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.allianz.de/datenschutz 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 Begründung des Versicherungsverhältnisses / 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 in der Anmeldung / 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 Anmeldung / Antragstellung befragen, entscheiden wir bei der Nutzung von digitalen Antragsstrecken automatisiert über das Zustandekommen der Versicherung / des Vertrages und über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrer Versicherung / 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 der Versicherung / dem Vertrag und den 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.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

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

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen. Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet. Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Alterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren. Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.¹ Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

¹) Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Nur bei Auswahl von Ziffer 3.1 (Anmeldung) /
Only if 3.1 (Enrolment) is selected:

Unterschriften/Signatures

Bevor Sie die Anmeldung unterschreiben, lesen Sie bitte die „Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung“. Mit der Unterschrift gebe ich die in Teil 1 und in Teil 2 Ziffer I. und II. aufgeführten Erklärungen ab. Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Die Hinweise in Teil 2 habe ich zur Kenntnis genommen.

Gesetzlich vertretene Personen unterschreiben ab vollendetem 16. Lebensjahr.

X

Unterschrift der zu versichernden Person 1 ab 18 Jahren / Ort, Datum/Place, date
Signature of individual 1 (if agend 18+)

X

Unterschrift der zu versichernden Person 2 ab 16 Jahren bzw. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters für Person 2 unter 16 Jahren/Signature of individual 2 (if agend 16+) or signature of the legal representative of individual 2 (if agend 0-15)

X

Unterschrift der zu versichernden Person 2 ab 16 Jahren bzw. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters für Person 3 unter 16 Jahren/Signature of individual 2 (if agend 16+) or signature of the legal representative of individual 3 (if agend 0-15)

Unterschrift Vermittler

Nur bei Auswahl von Ziffer 3.2 (Antragserklärung) /
Only if 3.2 (Applicant declaration) is selected:

Unterschriften/Signatures

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die „Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung“. Mit der Unterschrift gebe ich die in Teil 1 und in Teil 2 Ziffer I. und II. aufgeführten Erklärungen ab. Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Die Hinweise in Teil 2 habe ich zur Kenntnis genommen.

Gesetzlich vertretene Personen unterschreiben ab vollendetem 16. Lebensjahr.

X

Unterschrift des Antragstellers/Siganture of Applicant

X

Unterschrift der zu versichernden Person 1 ab 18 Jahren / Ort, Datum/Place, date
Signature of individual 1 (if agend 18+)

X

Unterschrift der zu versichernden Person 2 ab 16 Jahren bzw. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters für Person 2 unter 16 Jahren/Signature of individual 2 (if agend 16+) or signature of the legal representative of individual 2 (if agend 0-15)

X

Unterschrift der zu versichernden Person 2 ab 16 Jahren bzw. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters für Person 3 unter 16 Jahren/Signature of individual 2 (if agend 16+) or signature of the legal representative of individual 3 (if agend 0-15)

Unterschrift Vermittler

Empfangsbestätigung

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen erhalten:

- Antragsdokument (Druckstücknummer SO-51-163Z0 (09V) mit Stand 1.25) inkl. der „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ sowie der weiteren Erklärungen zur Datenverarbeitung bei bestimmten Produkten, der „Erklärungen und Hinweise zum Antrag“
- „Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht“

X

Unterschrift des Antragstellers / Signature of Applicant

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 des Antragstellers / Signature of Applicant

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, 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.

Sitz der Gesellschaft: München, Registergericht: Amtsgericht München HRB 2212

Hauptverwaltung: Königinstr. 28, 80802 München.

Part 2: Notes and information regarding data processing

I. Consent for the collection and use of health data and declaration of release from medical confidentiality obligations

The consent and confidentiality release statements published under I. have been drawn up essentially based on the arrangements between the German Insurance Association (Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e. V./GDV) and the German data protection authorities.

The provisions of the German Insurance Contract Act (VVG), the EU General Data Protection Regulation (GDPR), which comes into force on 25 May 2018, German Federal Data Protection Act (BDSG) and other data protection regulations do not contain sufficient legal basis for the collection, processing and use of health data by insurance companies. In order to be able to collect and use your health data for the purpose of the insurance / contract, we, Allianz Private Krankenversicherungs-AG (referred to below as "the Insurer"), therefore require your consent under data protection law. We also require your consent in order to also be able to collect and use - in the implementation of the insurance / contract - the results of diagnostic genetic tests (referred to below as "genetic data") provided by you solely for the verification of benefits (genetic data cannot be collected or used by the Insurer to verify this application). We also require your confidentially release statements in order to be allowed to collect your health data from confidential sources, e.g. doctors. Our employees are also subject to the duty of confidentiality in accordance with Art. 203 of the German Penal Code (referred to below as the "duty of confidentiality"). As a private health and long-term care insurance company, we therefore also require a confidentially release statement from you in order to be allowed to pass on your health data or other data protected by the duty of confidentiality, such as the fact that an insurance / a contract exists with you, your customer number or other identification data, to other agencies, e.g. assistance, logistics or IT service providers.

We use automated processes to decide on your entitlement to insurance benefits, so as to be able to process your contractually agreed claims swiftly and efficiently. These processes are normally subject to legal requirements. However, for the processing of health data, there are a few situations in which we require your consent.

The consent and confidentiality release statements below are essential for the substantiation, implementation or termination of your insurance / contract. If you do not grant them, it will not normally be possible for us to issue the insurance / contract.

Where the processing and use of your data takes place on the basis of explicit consent, you can withdraw this consent for the future at any time. If your consent is required for the implementation of the insurance / contract, withdrawal of consent will mean that the benefits can no longer be provided.

The statements relate to the handling of your health data and other data protected by the duty of confidentiality and in 1. and 3. also to the genetic data provided by you for the verification of the obligation to provide benefits

- by ourselves (under 1.),
- in relation to requests made of third parties (under 2.), and
- in the case of disclosure to agencies other than the Insurer (under 3.).

The statements also apply to additionally insured persons represented by you in law, such as your children, where they do not recognize the gravity of this consent and therefore cannot issue their own statements.

1. Collection, storage and use of health data and genetic data disclosed by you by the Insurer

I consent to the Insurer collecting, storing and using health data disclosed by me in future, insofar as this is necessary to establish, implement or terminate the insurance / contract.

I also consent to claims to insurance benefits made being decided upon by the Insurer using an automated process, within the scope of the contractual agreements, where this involves the processing of health data.

I further consent to the Insurer collecting, storing and using genetic data provided by me in future in connection with the implementation of the insurance / contract - solely to verify its obligation to provide benefits - for a specific purpose.

1*) Companies of the Allianz Deutschland Group that use master data subject to a medical confidentiality obligation in central data processing procedures:

Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, Allianz Direct Versicherungs-AG (Konzerngesellschaft der Allianz SE), ADAC Autoversicherung AG (ein Unternehmen der Allianz Gruppe) und Deutsche Lebensversicherungs-AG.
Allianz Group companies (marked with an asterisk *) and service providers who, on behalf of the insurer, use confidential personal data and/or collect, process or use health data:

- Allianz SE* (zentrale Governance- und Compliancefunktion, statistische Auswertungen)
- Allianz Deutschland AG* (Betrieb Unterstützung für das Onlineportal Meine Allianz)
- Allianz Digital Health GmbH* (Governancefunktion)
- Allianz Kunde und Markt GmbH (vertriebs- und kundennahe Servicedienstleistungen)
- Allianz ONE Business Solutions GmbH (kundennahe Serviceleistungen)
- Allianz Technology SE* (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe)
- Allianz Managed Operations Services SE Ireland Branch* (Software Development & Support Services)
- AWP Service Deutschland GmbH* (Assistancedienstleistungen)
- AWP Health & Life SA - Irish Branch* (Administrative Unterstützungsdienstleistungen)
- GCC Romania (Dienstleistungen der Schadensverwaltung)
- rehacare GmbH*, Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Reha-Dienstleistungen)
- VLS Versicherungslogistik GmbH* (Posteingangsbearbeitung)
- KVM ServicePlus - Kunden- und Vertriebsmanagement GmbH* (Vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)

2. Requesting health data from third parties for the assessment of the duty to indemnify

In order to assess our duty to indemnify, we may need to review information concerning your state of health. This might be information provided by you for the purpose of settling claims or information included in documentation submitted to us (e.g. invoices, prescriptions, expert opinions) or notifications, e.g. from a doctor or other members of the medical profession.

This review will only take place where necessary. We therefore require your consent and for you to release both us and said third parties from any medical confidentiality obligations in the event that your health data or any other information subject to a medical confidentiality obligation have to be passed on as part of queries.

We will inform you on a case-by-case basis by which persons or institutions and for what purpose information is required. You can then decide in each case whether you consent to the collection and use of your health data by the Insurer, release the persons or institutions named and their staff from their duty of confidentiality and consent to the disclosure of your health data to the Insurer or will provide the necessary documents yourself.

3. Disclosure of your health data, genetic data and other data protected by the duty of confidentiality to agencies other than the Insurer

We contractually oblige the agencies mentioned below to comply with the regulations relating to data protection and data security.

3.1 Disclosure of data for medical assessment

It may be necessary to involve medical examiners in order to verify the obligation to provide benefits. For this, we require your consent and release from the duty of confidentiality where your health data, the genetic data provided by you in the course of the processing of the claim and other data protected by the duty of confidentiality are disclosed in this respect. You will be informed of the disclosure of the data in question.

I consent to the Insurer disclosing my health data and my genetic data - provided solely for the verification of its obligation to provide benefits - to medical examiners, insofar as this is necessary for the purpose of verifying the obligation to provide benefits and provided that my health data is used by those persons for this purpose and to the sending of the results to the Insurer. I release persons working for the Insurer and the examiners from their duty of confidentiality with respect to my health data, genetic data and other data protected by the duty of confidentiality.

3.2 Outsourcing of tasks to other agencies (companies or persons)

We do not carry out certain tasks ourselves, such as the processing of claims or handling of customer calls, which may involve the collection, processing or use of your health data and the genetic data provided by you in the processing of the claim. We have therefore outsourced these tasks to other companies in the Allianz Germany Group or other agencies outside the Allianz Germany Group. If your data protected by the duty of confidentiality is disclosed in the process, we require your release from the duty of confidentiality for us and - if necessary - for other agencies.

We keep a constantly updated list of agencies and categories of agency contracted to collect, process or use data protected by the duty of confidentiality and/or health data for us. The tasks outsourced to the individual agencies are listed here. The current list is shown below 1*). An up-to-date list can also be found on our website at www.allianz.de/datenschutz or requested from us at Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin, telephone 08 00.4 10 01 09, krankenvsicherung@allianz.de. We require your consent for the disclosure of your health data and genetic data to and its use by the agencies listed.

- Assistancedienstleister (weltweites Medical Case Management)
- CSC Deutschland Solutions GmbH (E-Mail-Provider)
- IBM Deutschland GmbH (IT-Wartung)
- Gevecom GmbH (Telefonservice)
- Telcon GmbH (Telefonservice)
- Deutsche Post Adress GmbH und Co. KG (Adressmanagement)
- Shree Staffing Ireland Ltd. (Software Development & Support Services)
- HL Casework GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- IMB Consult GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- Manutex GmbH (Begutachtung der medizinischen Notwendigkeit zur Versorgung mit Hilfsmitteln)
- Medexo GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- Medicproof GmbH (Pflegebegutachtung)
- ViaMed GmbH (Medical Consulting, Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- G + D Mobile Security GmbH (Herstellung der Allianz Card für Privatversicherte)
- Research Industrial Systems Engineering (RISE) (Software-Service)
- SDA SE Open Industry Solutions (Plattform-Service)
- Seghorn Inkasso GmbH (Einzug notleidender Forderungen, Mahnverfahren)
- Sirius Inkasso GmbH (Einzug notleidender Forderungen, Mahnverfahren)
- Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
- Pflegedienste und Hilfsmittelversorger (Vermittlung von Pflegediensten sowie Hilfsmittelversorgern)
- Krankenrücktransporte (medizinisch notwendiger Rücktransport aus dem Ausland)
- Entsorgungsunternehmen (datenschutzgerechte Vernichtung von Papierunterlagen)

I consent to the Insurer disclosing my health data and the genetic data provided by me solely for the purpose of verifying its obligation to provide benefits to the agencies on the above-mentioned list and to the health data and genetic data being collected, processed and used by those agencies for the specified purposes to the same extent as the Insurer would be allowed to do. Insofar as is necessary, I release employees of the Allianz Germany Group and other authorized agencies from their duty of confidentiality with respect to the disclosure of health data, genetic data and other data protected by the duty of confidentiality.

3.3 Disclosure of data to independent insurance intermediaries

We do not normally disclose data on your health or genetic data to independent insurance intermediaries. However, there may be some scenarios (see below) where brokers are made aware of data that may allow them to draw conclusions about your health or data concerning your insurance / contract that is subject to a medical confidentiality obligation.

During insurance / contract discussions, your broker may receive information about whether, and under which circumstances, your enrolment / application may be accepted.

The broker who negotiates your insurance / contract will be informed that insurance / contract was concluded and receive information about the insurance / contract content.

If there is a change in broker, you will be notified of health data being transferred and given the opportunity to object to the transmission of your health data to the new broker.

I agree that, where required, the insurer may disclose my health data and policy data that is subject to a medical confidentiality obligation, as per the above scenarios, to the independent broker responsible for me, and that this data may be collected, stored and used by the broker for consultation purposes.

II. We require further data processing declarations for the products to be insured

Declaration of consent for participating in the group insurance contract

If I take part in the group insurance contract **I consent** that the group, as policyholder of the group insurance contract, may notify the insurer of my participation in the group insurance contract and of my leaving the group insurance contract in order for the insurer to identify individuals entitled to participate in the contract. If I do not give my consent or revoke my consent at a later date, I cannot participate in the group insurance contract.

Declarations of the individual(s) to be insured or the legal representative of the individual(s) to be insured

I hereby submit the declarations on data processing submitted by the applicant for both myself and the individual(s) to be insured.

Notes and information regarding the enrolment / application form

Notes regarding the enrolment / application form

Insurance cover will commence at the agreed date in accordance with the terms and conditions of insurance. I agree with the inception date of the insurance cover, even if it occurs before the end of the revocation period.

Additional declaration for participating in the group insurance contract or the collective insurance

I accept and agree to the provisions set out under the group insurance contract or the collective insurance

Information regarding the enrolment / application form

Contractual basis

Your enrolment / application, the insurance certificate and the terms and conditions of insurance that have been provided to you form the basis of your insurance / contract. You will receive the terms and conditions of insurance with your insurance certificate should you have agreed to not receive them before completing your application.

Right of revocation

You may withdraw from your enrolment / application after receipt of your insurance certificate. Further details can be found in the "Insurance information" section. You will receive a notice on your right of revocation together with your insurance certificate.

Existing health and/or long-term care insurance

Cancelling existing health and/or long-term care insurance policies in order to take out a private health and/or long-term care insurance policy with Allianz Private Krankenversicherungs-AG can be detrimental to you or to the individual(s) to be insured (e.g. waiting periods, risk surcharges). It is therefore recommended that existing insurance policies are not cancelled before the receipt of written confirmation of acceptance from Allianz Private Krankenversicherungs-AG.

Information on the use of your data

Insurance, pensions and investments are matters of trust. Therefore, we consider it very important to respect your privacy. This applies especially when it comes to handling your personal data.

The data controller is Allianz Private Krankenversicherungs-AG (referred to below as "the Insurer"), whose contact details are:

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

10870 Berlin

Tel.: 08 00.4 10 01 09

E-mail: krankenversicherung@allianz.de

Purposes and legal basis of data processing

It is impossible to prepare offers and to issue and implement the insurance / contract without processing your personal data (referred to below as "data").

For the preparation of individual offers as well as for the examination of your enrolment / application for insurance cover we need the information you provide to form the basis of the insurance / contract. When the insurance / contract is taken out, we process your data to implement the contractual relationship, e.g. to check that claims are settled on time. We need information about claims to be able to verify the occurrence and extent of the loss, healthcare measures and the arising and settlement of any recourse claims, for example. We also use the data to monitor and manage the customer relationship as a whole, for example to advise on an amendment to the insurance / contract or to provide detailed information. Additionally, we require your data to fulfil supervisory requirements, manage our business or produce insurance-specific statistics, e.g. for developing and costing new plans and products.

We process your data in accordance with the data-protection-related provisions of the EU General Data Protection Regulation (GDPR), the German Insurance Contract Act (VVG), the German Federal Data Protection Act (BDSG) and all other relevant legislation. Our company has also signed up to the code of conduct for the handling of personal data by the German insurance industry ("Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft"), which sets out the legal requirements for the insurance industry. This can be found online at www.allianz.de/datenschutz.

Your data is processed for measures carried out by us before your insurance / contract is issued and when it is in force. Whenever specific categories of personal data, such as health data, are necessary for this, we need your consent, except where statutory requirements apply, e.g. in the case of healthcare or the production of statistics.

We also process your data, where necessary, to protect our legitimate interests or those of third parties. In particular, this may be:

- to ensure IT security and IT operations,
- to prevent and investigate criminal offences, in particular by data analysis for anti-abuse measures,
- for market research and opinion polls,
- to advertise our own insurance products and other products of companies in the Allianz Germany Group and their partner firms. In this respect, we consider aspects, such as the portfolio of products you hold with us and your personal situation, in order to be able to offer you personalized product recommendations.

We also process your data to fulfil legal obligations (e.g. supervisory requirements, retention and accountability requirements of commercial and tax law or relevant obligations to provide advice).

Categories of recipients of personal data

Intermediary:

The independent intermediary who has arranged your insurance / contract will be informed of its content. We also pass on the data required to manage your insurances / contracts to the relevant intermediary, who processes this data for advisory and support purposes.

Specialized companies within our group and external service providers:

Specialized companies within our group carry out certain data processing tasks on behalf of companies belonging to the group on a shared basis. Data from applicants and insureds may be processed by these group companies in centralized processes such as calls, mail and collection.

We also use external service providers to fulfil our contractual and legal obligations.

A list of the contractors and service providers used by us, not merely under a temporary business arrangement, and companies in our group involved in centralized data processing can be found in this application form. The latest version is also available on our website at www.allianz.de/datenschutz or can be supplied by us on request.

Other recipients:

We may also pass on your data to other recipients, e.g. to authorities to fulfil statutory reporting obligations.

Data storage period

We always delete your data as soon as it is no longer required for the purposes mentioned above. We store your data for the period during which claims may be brought against our company (statutory period of limitation of three to thirty years). We also store your data where we are legally required to do so. Accountability and retention requirements apply here, for instance under the German Commercial or Fiscal Code. The storage periods concerned amount to up to ten full years.

Rights of persons concerned

You can request information about the personal data stored regarding you at the above address and, subject to certain conditions, demand the correction or deletion of your data. You may also be entitled to restrict the processing of your data or to the restitution of data prepared by you in a structured, commonly used, machine-readable format.

Right of objection

You may object to the processing of your data for the purpose of direct marketing. Where we process your data to protect certain interests, you may object to this processing for reasons arising from your specific situation.

You can contact our data protection officer at the above address.

Alternatively, you can contact a data protection authority.

The authority responsible for us is:

The Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht in Ansbach.

Data exchange with your previous insurers

In order to verify the information you provide when taking out the insurance / contract or when a claim occurs and supplement it if necessary, data may be exchanged - to the extent necessary for this purpose - with the previous insurers mentioned by you on the application form.

Transmission of data to a third country

If we transmit data to service providers outside the European Economic Area (EEA) after 25 May 2018, the transmission will only take place provided that the third country has been confirmed by the European Commission as having an adequate level of data protection or other adequate data protection guarantees are in place (e.g. binding internal data protection regulations or standard EU contract clauses). This can be found online at www.allianz.de/datenschutz or is available from us on request.

Automated decisions on a case-by-case basis

Based on the information you provide, requested by us at the time of your enrolment / application, we will make an automated decision using digital application processes regarding the issue of the insurance / contract and the amount of the premium to be paid by you. Based on the information you provide regarding a claim, the data stored about your insurance / contract and any information received from third parties (such as hospitals) in this regard, we will make an automated decision about our obligation to provide benefits. The automated decisions are based on rules previously set by companies for checking and weighting information:

Automated decisions regarding your entitlement to insured benefits are based on the contractual agreements reached with you, such as the insurance / contract and the terms and conditions of insurance and the application of binding pay regulations, such as the legal provisions regarding fees of the scale of fees for physicians (GOÄ), dentists (GOZ), alternative practitioners (GebÜH) or the German Hospital Fees Act (Krankenhausentgeltgesetz) or the German Federal Healthcare Tariff Decree (Bundespflugesatzverordnung). To check the scope of your benefits, we also consult the personal health data concerning you processed by us.

Information sheet of the Federal Financial Supervisory Authority

In the press and among the public, there are terms used related to the private and national health insurance system which in need of explanation. This information sheet wants to help you to understand the principles of the private and national health insurance system.

Principles of statutory health insurance

Statutory health insurance is subject to the principle of solidarity. This means that the premium amount will generally not depend on the range of benefits regulated by law, but on the individual ability to pay of the insured member, determined by certain general regulations. Premiums will be calculated as percentage of the income. In addition, the insurance fee will be charged on a pay-as-you-go basis. This means that all expenses in the calendar year are covered by the premiums received in that year. Apart from statutory reserves, no other provisions are set up. Under certain conditions, spouses and children are included in the scope of health insurance cover subject to no contributions.

Principles of private health insurance

Every insured individual is liable to pay their own premium for private health insurance. The premium amount is based on the age and the state of health of the insured individual at the time when the policy was taken out and on the chosen rate. Premiums are calculated based on actuarial principles to include a sufficient margin for the risk involved. The age-related increase in claims for health services is taken into account by means of an ageing provision. The calculation assumes that costs in the healthcare sector do not rise, and that the premiums do not increase simply due to an insured person's ageing. This calculation procedure is known as the projected unit credit (PUC) method, or the funded procedure. A move between health insurance companies is generally possible at the end of the insurance year. Please note that the new insurer is not obliged to accept your application (this does not apply to insurance in the basic rate). The new insurer will conduct a health check and the premium charged will be based on your age at the time of the new application. Part of the calculated ageing provision can be transferred to the new insurer. When a supplementary rate is taken out, the remaining part can be offset against these premiums; otherwise it remains with the current collective of policyholders. A return to statutory health insurance is generally not possible, especially in old age.

1) Special conditions apply if you were already privately insured before January 1, 2009. Please obtain information on these regulations separately.

Signatures

This translation is provided for information purposes only, please do not sign here. Signatures should be provided in the German section of this document, on page 6).

Before signing this enrolment / application form, please read "Notes and information regarding data processing". By signing this enrolment / application form, I give my consent to the declarations provided in section 1 and in section 2, sub-sections I. and II. I confirm that all information provided is correct and complete. I have acknowledged the information in section 2.

Individuals with a legal representative are to sign below if they have reached their 16th birthday.

Only relevant in case of application:

Confirmation of receipt

I have received the following documents before submitting my application:

- Application document (print piece number SO-51-163Z0 (09V) with status 1.25) incl. "Consent for the collection and use of health data and declaration of release from medical confidentiality obligations" as well as the further explanations on data processing for certain products, the "Notes and information regarding the application form"

– "Information sheet of the Federal Financial Supervisory Authority"

Waiver

I waive my right to receive the contractual terms and conditions including the insurance conditions and the information in accordance with the VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG Duty to Inform – insurance information and for consumers the "Informationsblatt zu Versicherungsprodukten") on the insurance(s) I have requested before submitting my application. I will receive the documents together with the insurance certificate.

Note: The statutory right of withdrawal is not affected by this waiver.

Allianz Private Krankenversicherungs-AG (Aktiengesellschaft)

Chairman of the Supervisory Board: Dr. Klaus-Peter Röhler.

Board of Management: Dr. Jan Esser, Chairperson;

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

For VAT purposes: VAT ID: DE 811 239 569; Insurance premiums

are not subject to VAT pursuant to § 4 no. 10 a) of the German Value Added Tax Act (UStG) and not subject to premium tax pursuant to § 4 no. 5 of the Insurance Tax Act (VerStG).

Registered office: Munich, Registration court: Amtsgericht (Local Court) of Munich HRB 2212

Head office: Königinstr. 28, 80802 Munich.

- 3.1 **Anmeldung** und der Arbeitgeber die Versicherungsbeiträge **nicht** zahlt /
- 3.1 **Enrolment** and the employer does **not** pay the insurance premiums.
- oder 3.2 **Antragserklärung** / or 3.2 **application declaration**.

Bitte zurücksenden an/Please return to

Your HR department

Vertragsführende Gesellschaft /
Company administering the policy
 Allianz Private Krankenversicherungs-AG
 Königinstr. 28
 80802 München

Gläubiger-Identifikationsnummer /
Creditor identification no.
 DE40ZZZ0000063851

Mandatsnummer / Client number
 - Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit -
 - You will be notified of this number at a later date -

Antragsnummer/Vertragsnummer /
Application number/policy number
 AK- _____

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA direct debit authorization

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.)

Please note that the following English translation is not legally binding and is for information purposes only.

I authorize the company managing the policy to collect all receivables relating to this policy (in particular, premiums, interest, fees) from my account specified below, by means of direct debit on the due date. This authorization is also valid for amendments to this policy which may be agreed in the future (e. g. conclusion of additional insurance components).

I instruct my bank to execute the direct debit requests made by the company managing the policy, and for these to be collected from my account. I will be informed of the direct debit no later than five calendar days before the first collection.

I can request reimbursement of the amount charged within eight weeks, starting on the date on which my account was debited. The terms and conditions agreed with my bank apply in this respect.

(Please enter all information in block capitals on the lines provided. Unfortunately, we are unable to take additional handwritten notes into account.)

Versicherungsnehmer / Policyholder

Nachname, Vorname (bzw. Firma) / Surname, first name (or company name):

Kontoinhaber / Account holder

Nachname, Vorname (bzw. Firma) / Surname, first name (or company name):

Geburtsdatum / Date of birth *): _____

Strasse, Hausnummer / Adress *): _____

PLZ / Postcode *): _____ Ort / Town / city *): _____

Geldinstitut / Bank: _____

IBAN

BIC

Ort, Datum / Place, date

X

Unterschrift des Kontoinhabers / Signature of the account holder

X

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters / Signature of the legal representative

Bitte füllen Sie das SEPA-Lastschriftmandat vollständig aus und reichen es zusammen mit dem Antrag in Ihrer Personalabteilung ein. / Please complete this SEPA direct debit authorisation form and return it to your HR department along with your completed Application Form.