

Antrag Krankenversicherung Pflegeversicherung im Profifußball



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 Älterwerdens 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.

Teil 1:

Ich möchte meine Dokumente schnell und bequem per E-Mail erhalten. Gleichzeitig werden die Dokumente in „Meine Allianz“ archiviert.

Mit „Meine Allianz“ haben Sie einen vollständigen Überblick über Ihre Versicherungen und viele weitere Vorteile, z.B.:

- Detaillierte Vertragsübersicht
- Archiv mit allen Dokumenten zu Ihren Verträgen
- Digitales Postfach
- Digitaler Bescheinigungsservice
- Außerdem erhalten Sie einmal im Jahr ein Geschenk
- Zusätzlich profitieren Sie von attraktiven Einkaufsvorteilen und Verlosungen im Vorteilsprogramm von „Meine Allianz“
- Reichen Sie Ihre Rechnungen digital ein, indem Sie sie in „Meine Allianz“ hochladen.
- Prüfen Sie mit dem BONUS-Check, ob es sich lohnt, Ihre Rechnungen einzureichen oder die Beitragsrück-erstattung in Anspruch zu nehmen.

Sind Sie bereits Kunde der Allianz Privaten Krankenversicherung?*)

ja nein

Versicherungsnummer

AK- _____

▶ 1. Antragsteller Herr Frau Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer.

Änderung zu den bisherigen Angaben? ja nein

Name	Titel	Ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Art des Unternehmens <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig
Vorname	Geburtsdatum	Steuer-Identifikations-Nr. (11-stellig)
Straße, Hausnummer		E-Mail*)
Postleitzahl	Wohnort	Handy*)

*) = Freiwillige Angaben (E-Mail und Handy für „Meine Allianz“ Pflichtangabe)

▶ 2. Versicherungs-/Änderungsbeginn 0 1

▶ 3. Antragserklärung Kranken-/Pflegeversicherung

Antrag Ich beantrage den Abschluss eines Kranken-/Pflegeversicherungs-Vertrages für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen.

Antrag zur Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag Kollektivvertrag/Sammelinkassovertrag (Vertrags-Nr.) _____

mit folgendem Vertragspartner: _____

Ich bin beim Vertragspartner seit _____ Mitarbeiter Mitglied Versicherter.

▶ 4. Zu versichernde Person (zusätzlich Familienname, wenn nicht wie Antragsteller)

Ein zweiter Antrag mit weiteren Personen folgt ja nein

Namens- und Adressänderungen sind der Allianz Privaten Krankenversicherung mitzuteilen.

Vorname _____ Geschl. _____ Geb.-Datum _____ Ausgeübte berufliche Tätigkeit: Profifußballer/in
 m w angestellt

Steuer-Identifikations-Nr. _____

Bei vom Antragsteller abweichender Adresse, bitte angeben

► 9. Mitgliedschaft in einer Gesetzlichen Krankenkasse (GKV)

Angaben wie bisher, sofern nicht nachstehend vermerkt.

Besteht, bestand in den letzten 3 Jahren eine Versicherung bei einer Gesetzlichen Krankenkasse (GKV)?

Art der Versicherung?	Name der Krankenkasse?	bei GKV	GKV von – bis/seit?	Höhe in EUR	
				Krankengeld	
<input type="checkbox"/> GKV		<input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> pflichtig			

► 10. Andere private Kranken-/Tagegeldversicherungen

Angaben wie bisher, sofern nicht nachstehend vermerkt.

Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherer (bitte auch die Allianz Private Krankenversicherungs-AG und Versicherungen im Ausland nennen)?

Art der Privaten Krankenversicherung? (auch ambulante, stationäre bzw. Zahn-Zusatzversicherungen angeben)	Name der Gesellschaft?	PKV von – bis/seit? Bei beabsichtigter Kündigung voraustrichtiges Ende der Vorversicherung? Monat/Jahr?	Tagessatz in EUR	
			Krankenhaustagegeld	Krankentagegeld

► 11. Gesundheitsangaben und Fragen zum Gesundheitszustand

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig.
Geben Sie die abgefragten Krankheiten auch dann an, wenn Sie ihnen nur geringe Bedeutung beimessen.

	Größe		Gewicht	
	cm	kg	ja	nein
1. Ist bei Ihnen eine ambulante oder stationäre Operation, Behandlung, Untersuchung oder Beratung durch einen Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten angeraten, beabsichtigt oder geplant (z.B. Desensibilisierung gegenüber Allergenen, Arthroskopie, manuelle/physiotherapeutische Behandlung, Entfernung der Gallenblase)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sind bei Ihnen Kontrolluntersuchungen (keine Gesundheitschecks) oder Nachsorgeuntersuchungen durch einen Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten angeraten oder stehen noch Untersuchungsergebnisse aus? (z. B. Laboruntersuchung, Tumornachsorge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie in den letzten 3 Jahren wiederholt oder regelmäßig Medikamente eingenommen oder angewendet (z. B. Tabletten, Tropfen, Spritzen, Salben, Pulver) oder wurden Medikamente ärztlich angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Werden oder wurden Sie in den letzten 3 Jahren von einem Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten in den folgenden Bereichen behandelt, beraten oder untersucht ? Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 3 Jahren Krankheiten (auch wenn Sie nicht behandelt wurden), Unfallfolgen oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?				
a) Herz und Kreislauf (z. B. Herzfehler, Sportlerherz, Herzrhythmusstörung, Angina pectoris, Bluthochdruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Blutgefäße (z. B. Hämorrhoiden, Krampfadern, Durchblutungsstörungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Atmungsorgane (z. B. Nasenscheidewandverbiegung, Asthma, Bronchitis, hyperreagibles Bronchialsystem, Lungenentzündung, Lungenkrebs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Verdauungsorgane (z. B. Sodbrennen, Gallensteine, Fettleber, Magen-/Darmentzündung, nervöser Magen, Darmkrebs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Harnorgane (z. B. Zysten, Nierensteine, Nierenbecken-/Blasenentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sterilität oder Fruchtbarkeitsstörung (z. B. eingeschränkte Fruchtbarkeit, Hormonbehandlung, künstliche Befruchtung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Stoffwechsel (z. B. Diabetes, erhöhte Blutfette, erhöhte Harnsäure, Struma mit/ohne Knoten kalt oder heiß)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Blut (z. B. Blutgerinnungsstörung, Thrombosenneigung, Anämie, Leukämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Entzündliche Gelenk- oder Bindegewebserkrankungen (z. B. Arthritis, Rheuma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (z. B. Hepatitis, Borreliose, Gürtelrose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Gehirn oder Nervensystem (z. B. Epilepsie, Gehirnerschütterung, Kopfschmerzen/Migräne, Nervenentzündung, Nervenschmerzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Geschlechtsorgane (z. B. Hodenkrebs, Zysten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Rücken (z. B. Bandscheibenvorfall, Kyphose, Lordose, Skoliose, wiederholte Verspannungen, Wirbelsäulensyndrom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Kniegelenke, Hüftgelenke, Schultern oder Bewegungsapparat (z. B. Arthrose, Knorpel-/Meniskus-/Bänderschaden, Muskel-/Sehnenriss)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Allergien (z. B. Heuschnupfen, Kontaktallergie, Lebensmittelallergie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Haut (z. B. Akne, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautkrebs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Augen (z. B. Entzündung, grauer oder grüner Star)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Ohren (z. B. Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Tinnitus, Hörsturz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Sonstige nicht aufgeführte Bereiche (z. B. Anomalien, fehlende Organe/Gliedmaßen, Fremdmaterial nach Operationen, Leistenbruch, Fistel, bösartige/gutartige Neubildungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Werden oder wurden bei Ihnen in den letzten 3 Jahren eine manuelle Therapie oder physiotherapeutische Behandlungen durchgeführt? Wenn ja, bitte den Grund (z. B. Muskelzerrung, Prellung, Adduktorenzerrung) angeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wurde bei Ihnen bereits eine Arthroskopie (z. B. im Knie, Sprunggelenk, Schultergelenk) durchgeführt oder haben Sie ein operiertes Knie? Wenn ja, bitte den Grund angeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Besteht bei Ihnen ein geschädigter oder operierter Knorpel (z. B. Knie-/Fußgelenk)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Haben in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-/Rehabilitations-/Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Werden oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen psychischer Beschwerden/Erkrankungen (z. B. Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Depression, Leistungsdruck, Psychotherapie, Schlafstörung, Trennungsproblematik) oder Suchterkrankungen (z. B. durch Alkohol, Drogen, Medikamente) behandelt, beraten oder untersucht ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt, ist ein HIV-Test ärztlich angeraten oder steht ein Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Besteht bei Ihnen eine Erwerbsminderung (MdE) , anerkannte Schwerbehinderung (GdB) oder Pflegebedürftigkeit oder wurde diese beantragt? (Bitte Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► 12. Fragen zum Gebisszustand (Nur bei Absicherung von Zahnleistungen)

1. Sind Sie in zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung (inkl. Kontrolluntersuchungen nach durchgeführten Maßnahmen und Wiedervorstellungen) bzw. ist eine solche angedacht oder beabsichtigt (z. B. auch wegen Funktionsstörungen des Kauorgans, Knirscherschienen, Parodontose oder Zahn- bzw. Kieferfehlstellungen)? Bei „ja“, bitte unten Ihren Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden angeben. ja nein
2. Fehlen Ihnen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (nicht Weisheitszähne/Lückenschluss)? ja nein
Bei „ja“ und einer Anzahl von mehr als 3 fehlenden Zähnen, bitte den Zahngebissbogen einreichen. Bei „ja“, Anzahl? _____
3. Haben Sie mehr als 9 ersetzte oder überkronte Zähne (einschließlich Implantaten, Kronen, Brücken einschließlich Ankerkronen, Keramikverblendschalen, herausnehmbaren Teilprothesen, sowie Teleskopkronen mit Prothese)? ja nein
Bei „ja“ und einer Anzahl von mehr als 15 ersetzten oder überkronten Zähnen, bitte unten Ihren Zahnarzt angeben. Bei „ja“, Anzahl aller ersetzten/überkronten Zähne – ohne durch Vollprothese ersetzte Zähne? _____

► 13. Nähere Angaben zu Ziffer 11 und 12, falls dort eine Frage mit „ja“ beantwortet wurde

Zu Frage	Genauere Diagnose? Art der Beschwerden?	Behandlung, Art?	von	bis	Name, Adresse des Arztes, Heilpraktikers, Therapeuten, Zahnarztes oder Kieferorthopäden	Operation (OP) geplant und/oder durchgeführt?	Art der Therapie? (auch Medikamente)
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> OP geplant <input type="checkbox"/> OP durchgeführt	
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> OP geplant <input type="checkbox"/> OP durchgeführt	
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> OP geplant <input type="checkbox"/> OP durchgeführt	
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> OP geplant <input type="checkbox"/> OP durchgeführt	
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> OP geplant <input type="checkbox"/> OP durchgeführt	
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> OP geplant <input type="checkbox"/> OP durchgeführt	
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> OP geplant <input type="checkbox"/> OP durchgeführt	
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> OP geplant <input type="checkbox"/> OP durchgeführt	
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> OP geplant <input type="checkbox"/> OP durchgeführt	
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> OP geplant <input type="checkbox"/> OP durchgeführt	
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> OP geplant <input type="checkbox"/> OP durchgeführt	
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> OP geplant <input type="checkbox"/> OP durchgeführt	
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> OP geplant <input type="checkbox"/> OP durchgeführt	
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> OP geplant <input type="checkbox"/> OP durchgeführt	
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> OP geplant <input type="checkbox"/> OP durchgeführt	
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> OP geplant <input type="checkbox"/> OP durchgeführt	
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> OP geplant <input type="checkbox"/> OP durchgeführt	
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> OP geplant <input type="checkbox"/> OP durchgeführt	
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				<input type="checkbox"/> OP geplant <input type="checkbox"/> OP durchgeführt	

Bitte unbedingt angeben, wenn Ansprüche gegen andere Versicherungsträger bestehen! Bitte Nachweis beifügen!

- Heil- und Kostenplan bzw. kieferorthopädischer Behandlungsplan beiliegend Beschreibung der Behandlung beiliegend Unterlagen werden nachgereicht
Reicht der Platz für Angaben zu Ziffer 13. nicht aus, bitte Ergänzungen auf einem unterschriebenen Beiblatt vornehmen (wird Bestandteil des Antrags).
Beiblätter benutzt? ja; Anzahl? _____ Es wurde bereits eine Vorabanfrage gestellt liegt diesem Antrag bei wird nachgereicht

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

Teil 2:

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

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

1. Rücktritt

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

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

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

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

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

2. Kündigung

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

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

3. Vertragsänderung

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

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

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

4. Ausübung unserer Rechte

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

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

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

5. Anfechtung

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

6. Stellvertretung durch eine andere Person

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

GS / MD

AH durch

Stamm-Nr. _____ Makler

Fremd-Nr. _____ Kooperation / Untervermittler-Nr.

Vermittler-Nr. _____ ABV/Makler/Kooperation

B-Nr.b _____ ABV

FILHB _____ Kunden-Nr. _____ Berater-Nr. _____ VKZ _____
Bankordnungsmerkmal FOM

Vermittlername _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail-Adresse _____

Stempel des Vermittlers _____

Seite 5 von 8 Seiten für _____

Teil 3:

Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung:

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

Die unter 1. 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 diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, Ihre Allianz Private Krankenversicherungs-AG (im Folgenden „der Versicherer“), daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Damit wir in der Vertragsdurchführung auch die von Ihnen ausschließlich zur Leistungsprüfung zur Verfügung gestellten Ergebnisse aus diagnostischen genetischen Untersuchungen (im Folgenden „genetische Daten“) erheben und verwenden dürfen, benötigen wir auch hierfür Ihre Einwilligung (zur Prüfung dieses Antrages dürfen genetische Daten vom Versicherer weder erhoben noch verwendet werden). Darüber hinaus benötigen wir Ihre 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.

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

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

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

Soweit die Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten auf der Grundlage einer ausdrücklichen Einwilligung erfolgt, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ist Ihre Einwilligung zur Durchführung des Vertrages erforderlich, wird ein 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.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten auch für von Ihnen gesetzlich vertretene mitversicherte Personen, wie z. B. für Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten und genetischen Daten durch den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Weiter willige ich ein, dass die von mir angegebenen Vorerkrankungen in der Risikoprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden dürfen. Ich bin ebenso einverstanden, dass die geltend gemachten Ansprüche auf Versicherungsleistungen im Rahmen der vertraglichen Vereinbarungen vom Versicherer automatisiert entschieden werden dürfen, wenn dabei Gesundheitsdaten verarbeitet werden.

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

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

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht 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.

Sie können diese Erklärungen bereits an dieser Stelle unter Möglichkeit I oder später im Einzelfall (siehe Möglichkeit II) erteilen. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten. Sie können Ihre Entscheidung nachträglich jederzeit ändern.

Möglichkeit I:

- Ich willige ein**, dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten sowie gegebenenfalls weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

- Ich wünsche**, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

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

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und 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 übermitteln, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder 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 Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten sowie der von Ihnen in der Leistungsfallbearbeitung zur Verfügung gestellten genetischen Daten kommen kann, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe oder einer anderen Stelle außerhalb der Allianz Deutschland Gruppe übertragen. Werden hierbei 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/datenschutz 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 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, Ausschüsse 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 Ausschüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bitte eine Möglichkeit wählen!

Bitte eine Möglichkeit wählen!

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.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherer beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

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

1. Einwilligung in die Datenübermittlung zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Krankenversicherungsbeiträge

Ich willige ein, dass für die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Krankenversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zur Beitragsrückerstattung) von der Allianz Private Krankenversicherungs-AG den Finanzbehörden übermittelt werden.

Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen. Ein Widerruf ist für die Datenübermittlung der Beiträge wirksam, die ab dem Kalenderjahr gezahlt werden, das dem Jahr folgt, in dem die Datenübermittlung widerrufen worden ist.

Ich willige ferner ein, dass die Allianz Private Krankenversicherungs-AG zu diesem Zweck meine Identifikationsnummer nach § 139 b Abgabenordnung beim Bundeszentralamt für Steuern erheben darf.

2. Bonitätsauskunft (nur bei Antrag auf Abschluss einer privaten Krankheitskostenvollversicherung oder Zusatzversicherung mit Umstellungsoption auf Krankheitskostenvollversicherung)

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Vertragsverhältnisses Informationen über mein Zahlungsverhalten und meine Zahlungsfähigkeit (Bonitätsdaten) bei der SCHUFA Holding AG einholt.

Dabei kann die SCHUFA Holding AG dem Versicherer ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren mitteilen (Score-Verfahren). Zur Identifikation werden Namen, Anschrift und Geburtsdatum an die SCHUFA Holding AG übermittelt.

Unabhängig davon ist der Versicherer befugt, personenbezogene Daten über eine Forderung an Auskunftfein zu übermitteln, soweit die geschuldete Leistung trotz Fälligkeit nicht erbracht worden ist und die Übermittlung zur Wahrung berechtigter Interessen des Versicherers oder eines Dritten erforderlich ist. Bis einschließlich 24.05.2018 erfolgt die Übermittlung auf Basis der in § 28a Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelten Voraussetzungen.

Zu den genannten Zwecken entbinde ich die Mitarbeiter des Versicherers und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe meiner von der Schweigepflicht geschützten Daten an die SCHUFA Holding AG von ihrer Schweigepflicht.

3. Einwilligungserklärung bei Teilnahme an Gruppenversicherungs-, Kollektiv- oder Sammelinkassoverträgen (Rahmenverträge)

Nehme ich an einem der genannten Rahmenverträge teil, **willige ich ein**, dass der Rahmenvertragspartner dem Versicherer zur Ermittlung der teilnahmeberechtigten Personen meine Zugehörigkeit zum versicherbaren Personenkreis sowie mein Ausschließen daraus mitteilen darf. erteile ich diese Einwilligung nicht oder widerrufe sie später, ist eine Teilnahme am Rahmenvertrag 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(n) Person(en) die vom Antragsteller abgegebenen Erklärungen zur Datenverarbeitung ab.

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

Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, AllSecur Deutschland AG 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 Deutschland AG * (Versicherungsbetrieb mit Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung)
- Allianz Technology SE * (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe),
- AWP Service Deutschland GmbH * (Assistenzdienstleistungen)
- rehacare GmbH *, Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Reha-Dienstleistungen)
- VLS Versicherungslgistik GmbH * (Posteingangsbearbeitung)
- KVM ServicePlus – Kunden- und Vertriebsmanagement GmbH * (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- IBM Deutschland GmbH (IT-Wartung)
- HL Casework GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- IMB Consult GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- otop AG (Begutachtung der medizinischen Notwendigkeit zur Versorgung mit Hilfsmitteln)
- ViaMed GmbH (Medical Consulting, Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- G + D Mobile Security GmbH (Herstellung der Allianz Card für Privatversicherte)
- Rechtsanwälte Wagner Pauls Kalb (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)

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.

Zusätzliche Erklärung zur Teilnahme an der Gruppen- bzw. Kollektivversicherung bei Antrag auf Abschluss einer privaten Krankenversicherung: Die Bestimmungen des Gruppenversicherungs- bzw. Kollektivvertrages erkenne ich an.

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 nach Zugang des Versicherungsscheins 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

Der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (im Folgenden „Daten“) nicht möglich.

Beantragen Sie 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, z. B. zur Prüfung des fristgerechten Forderungsausgleichs. 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 am 25.05.2018 wirksam werdenden 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 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 berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere der Fall sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Allianz Deutschland-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten insbesondere durch Datenanalysen zur Missbrauchsbekämpfung.

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

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler:

Der selbstständige 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 Beratungszwecken 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, 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.

Erklärung zum Jahreseinkommen

Versicherungsnehmer: _____

Antragsdatum: _____

Arbeitgeberbescheinigung

Hiermit bestätigen wir, dass der/die Spieler/in _____
vom _____ bis zum _____ einen gültigen Arbeitsvertrag zur Anstellung
als Lizenzspieler/in bei _____ besitzt und das
derzeitige Grundgehalt (ohne Sonderzahlungen, Sachbezüge bzw. Prämien) mehr als _____
brutto jährlich beträgt.

Wir bestätigen, dass für den/die Spieler/in über den Verein eine Absicherung über eine Berufsgenossenschaft
besteht.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers

Erklärung zum Krankentagegeld

Versicherungsnehmer: _____

Antragsdatum: _____

Erklärung zum Krankentagegeld-Tarif

Für die Krankentagegeld-Tarife gilt folgende Vereinbarung:

Als versicherbares Nettoeinkommen im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gelten 80% des (regelmäßigen) durchschnittlichen lohnsteuerpflichtigen Bruttoeinkommens aus nichtselbständiger Arbeit ohne Prämien, Sonderzahlungen bzw. Sachbezüge.

Der versicherbare Tagessatz ist – auch unter Berücksichtigung der Erhöhungsrechte nach den Tarifbedingungen – nach Tarif KTPS07W auf 700 EUR bzw. nach Tarif KTPS14W auf 1100 EUR begrenzt.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Ärztlicher Untersuchungsbericht für Leistungssportler

Der Untersuchungsbericht darf nicht durch Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner, Eltern oder Kinder der zu untersuchenden Person erstellt werden. Die Kosten der Untersuchung und Berichterstellung trägt der Antragsteller.

Name/Vorname _____	Eingangsstempel des BG _____
Geburtsdatum _____	
Ausgeübter Beruf _____	Antragsdatum _____
Straße, Hausnummer _____	Antragsnummer _____
PLZ, Ort _____	Vermittlernummer _____
_____	Vermittlername _____

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu. Wir möchten Sie jedoch bitten, uns bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen der Patientin/des Patienten anzuzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Bitte senden Sie uns keine Informationen, die älter als 10 Jahren sind.

Bitte die Fragen des ärztlichen Untersuchungsberichts vollständig ausfüllen. Bei „ja“ bitte nähere Angaben.

1 Allgemeinmedizinisch-internistisch

1.1 Bestehen oder bestanden Krankheiten oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?
Wenn ja, bitte Diagnose und Behandlungszeitraum angeben.

a) Atmungsorgane (z. B. Asthma, Bronchitis, hyperreagibles Bronchialsystem, Luftnot) nein ja

b) Haut (z. B. Akne, Hautpilz, Neurodermitis) nein ja

c) HNO-Bereich (z. B. Allergien, Sinusitis, Tonsillitis) nein ja

d) Abdominalorgane (z. B. Gastritis, Leberkrankheiten) nein ja

e) Harn- und Geschlechtsorgane (z. B. Nieren-Krankheiten, Zystitis)

nein ja

f) Psyche (z. B. Schlafstörung, Depression, Leistungsdruck)

nein ja

g) Nervensystem (z. B. Neuralgien, Parästhesien)

nein ja

h) Sonstiges

nein ja

1.2 Kardiovaskuläre Befunde

Blutdruck _____ / _____

Puls _____

Bitte legen Sie die Untersuchungsberichte der letzten kardiologischen Untersuchung bei. In jedem Fall benötigen wir ein Ruhe-/Belastungs-EKG und eine Echokardiographie.

1.3 Liegen Beschwerden vor, die Sie in Fragen 1.1 bis 1.3 nicht angeben konnten?

nein ja

1.4 Laborwerte

Parameter	gemessener Wert	Einheit	alternative Einheit	Referenzwert
Hämatokrit		%		
Hämoglobin		g/dl		
Erythrozyten		Mio/ μ l		
Leukozyten		/ μ l		
Thrombozyten		Tsd/ μ l		
AST/GOT		IU/l		
ALT/GPT		IU/l		
gamma-GT		IU/l		
CRP		mg/dl		
Kreatinin		mg/dl		
Kalium		mmol/l		
Magnesium		mmol/l		
Ferritin		ng/ml		
Glukose <input type="checkbox"/> nüchtern <input type="checkbox"/> postprandial		mg/dl		
Gesamtcholesterin		mg/dl		
HDL-Cholesterin		mg/dl		
LDL-Cholesterin		mg/dl		
Triglyceride		mg/dl		
Harnsäure		mg/dl		
Urinstatus (Streifenfest, falls erforderlich Sediment)				

Datum und Unterschrift/Stempel Arzt

Name/Vorname _____

2 Orthopädisch-chirurgisch

2.1 Bestehen oder bestanden Krankheiten oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?
 Wenn Sie etwas ankreuzen, bitte Befund und eventuell bereits durchgeführte Behandlung angeben.

a) Schulter/Ellenbogengelenk/Handgelenk nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bursitis | <input type="checkbox"/> Instabilität |
| <input type="checkbox"/> Gelenkguss | <input type="checkbox"/> Luxation/Subluxation |
| <input type="checkbox"/> Impingement -Syndrom | <input type="checkbox"/> Tendinosen/Tendinitis |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

b) Wirbelsäule: nein ja

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beinlängenverkürzung/Beckenschiefstand | <input type="checkbox"/> Instabilität |
| <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Blockierung | <input type="checkbox"/> Skoliose/Kyphose/Lordose |
| <input type="checkbox"/> Haltungsschwäche | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

c) Hüften-/Leistenregion nein ja

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Druck-/Bewegungsschmerz | <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie |
| <input type="checkbox"/> Leistenprobleme (z. B. Hernie, „weiche Leiste“) | <input type="checkbox"/> Tendinosen/Tendinitis |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | (z. B. „Schambeinentzündung“) |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

- d) Kniegelenk nein ja
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bakerzyste | <input type="checkbox"/> Knorpelschaden |
| <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung | <input type="checkbox"/> Kniegelenkerguss |
| <input type="checkbox"/> Bursitis | <input type="checkbox"/> Meniskusschaden |
| <input type="checkbox"/> Knieschmerzen | <input type="checkbox"/> Instabilität |
| <input type="checkbox"/> Patellaerkrankung (z. B. Luxation/Subluxation) | <input type="checkbox"/> Verletzung des Kapsel-Bandapparats (z. B. Kreuzband, Außen-/Innenband-/Kapselruptur, Zerrung) |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

- e) Oberes/unteres Sprunggelenk nein ja
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung | <input type="checkbox"/> Knorpelschaden |
| <input type="checkbox"/> Gelenkerguss | <input type="checkbox"/> Sprunggelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Verletzung des Kapsel-Bandapparats
(z. B. Ruptur, Zerrung) | <input type="checkbox"/> Instabilität |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

- f) Fuß einschließlich Achillessehne und Plantarfaszie, Zehen nein ja
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Achillessehnenbeschwerden
(z. B. Schwellung, Riss, Schmerzen) | <input type="checkbox"/> Fußdeformität
(ggf. verordnete Einlagen?) |
| <input type="checkbox"/> Beschwerden der Zehengelenke | <input type="checkbox"/> Haut-/Nagelmykose |
| <input type="checkbox"/> Bursitis | <input type="checkbox"/> Tendinosen/Tendinitis |
| <input type="checkbox"/> Druckschmerz (z. B. Tarsalgie) | <input type="checkbox"/> Exostose |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

- g) Muskelstatus nein ja
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adduktorenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Muskuläre Verkürzung |
| <input type="checkbox"/> Muskelfaserriss | <input type="checkbox"/> Muskuläre Dysbalance |
| <input type="checkbox"/> Muskelverhärtung/Muskelkrampf | <input type="checkbox"/> Muskelzerrung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

- 2.2 Sind Ihnen weitere Erkrankungen/Beschwerden bekannt, die nicht in Frage 2.1 a-g angegeben wurden? nein ja

- 2.3 Besteht oder bestand eine Fraktur? Bitte die genaue(n) Lokalisation(en) angeben. nein ja

- 2.4 Sind aktuell diagnostische oder therapeutische Maßnahmen (z.B. Einlagen, manuelle Therapie) notwendig? nein ja

Datum und Unterschrift/Stempel Arzt

Bitte geben Sie uns alle bereits bestehenden zahnmedizinischen Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen bekannt; unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Angaben Antragssteller:

Name/ Vorname

Eingangsstempel der DG

Geburtsdatum

Anschrift

Antrag vom

Versicherungsnummer

Vermittler Nr./Name

Zustand des Gebisses

1. Bestehen beim Spieler aktuell Zahnschmerzen ? nein ja

2. Fehlen dem Spieler offensichtlich Zähne ? (außer Weisheitszähne) nein ja

3. Sind Zähne ersetzt ? nein ja

4. Ist Zahnstein vorhanden ? nein ja

5. Sind auffallende Verfärbungen oder Karies zu erkennen ? nein ja

6. Trägt der Spieler eine Zahnsperre oder sind zukünftig kieferorthopädische Maßnahmen notwendig? nein ja

7. Leidet der Spieler an Wunden oder Entzündungen am Zahnfleisch?

nein ja

8. Besteht aus Ihrer Sicht Handlungsbedarf?

nein ja

9. Besonderheiten:

Datum und Unterschrift/Stempel Arzt