

Antrag auf Änderung eines Krankenversicherungs-Vertrags

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs. 3 VAG

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.

Antrag auf Änderung eines Krankenversicherungs-Vertrags

Antwort an:

GS / MD AH durch

Stamm-Nr. Makler

Fremd-Nr. Kooperation

Vermittler-Nr. ABV/Makler/Kooperation

B-Nr.b ABV

Bereichs-Nr. 0 Kundenstamm-Nr. 0 PWS Nummer Bank

1. Versicherungsnehmer Herr Frau Firma

Name Titel
 Vorname Geburtsdatum
 E-Mail*)

*) = Freiwillige Angabe

2. Änderungsbeginn _____

3. Zahlungsweise und -weg bleiben unverändert bestehen.

4. Änderungsantrag (Voraussetzungen für Vertragsänderungen siehe auf Seite 4 unter „Erläuterungen“)

Ich beantrage folgende Vertragsänderung:

Vertragsänderung (Übermittlung Produktinformationsblatt/Versicherungsinformationen, außer bei 4.1 und 4.10, und Versicherungsbedingungen **gesetzlich vorgeschrieben**, falls kein Verzicht erklärt wird.)

- 4.1 Übergang auf Anwartschaftsversicherung (AwV) bis zum _____ Grund? _____
 Name der gesetzlichen Krankenkasse _____
- 4.2 Bedingungsgemäße Kindernachversicherung innerhalb von 2 Monaten ab dem Tag der Geburt. (Nur in Tarife **mit** Übertragungswert)
 Nur bei Antrag auf Heilkosten-Vollversicherung bitte die Steuer-Identifikations Nr. des Neugeborenen angeben (11-stellig): _____
 Nur bei beantragtem Pfllegetagegeld staatlich gefördert (PZTG02), soweit vorhanden, die Zulagennummer des zu versichernden Kindes angeben (12-stellig): _____
- 4.3 Änderung des Krankentagegeldes wegen Erhöhung des Nettoeinkommens gemäß den Versicherungsbedingungen (fristgemäß innerhalb von 2 Monaten), nicht innerhalb desselben Tarifs
 Die Erhöhung des Nettoeinkommens war zum _____
- 4.4 Niederstufung von Tagessätzen zur Krankentagegeld-/Krankenhaustagegeld-/Pfllegetagegeld-/Kurkostenversicherung, nicht innerhalb desselben Tarifs
- 4.5 Tarifwechsel innerhalb der Krankheitskosten-Vollversicherung ohne Mehrleistungen
- 4.6 Tarifwechsel innerhalb der Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Mehrleistungen
- 4.7 Fristgerechte Änderung des Versicherungsschutzes in der Krankheitskosten-Vollversicherung gemäß den Versicherungsbedingungen der Tarife für Personen mit Anspruch auf Beihilfe wegen Änderung des Beihilfebemessungssatzes
 Die Änderung des Beihilfebemessungssatzes war zum _____
- 4.8 Übergang von Risikotarifen 180/Tarife B/Beihilfe Anwärter auf Normaltarife mit gleichartigen Leistungen innerhalb von einem Monat nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit
 Die Versicherungsfähigkeit entfiel zum _____
- 4.9 Tarifwechsel von Tarif 761 auf Tarif 760
- 4.10 Vereinbarung einer garantierten Beitragsentlastung im Alter/V-Tarife

Vertragsänderung (Übermittlung Produktinformationsblatt/Versicherungsinformationen und Versicherungsbedingungen gesetzlich **nicht vorgeschrieben**)

- 4.11 Übergang von AwV auf Vollversicherung. Ende der Ruhensversicherung nach Tarif PZTG02. Die Krankenversicherungspflicht/der Anspruch auf Familienversicherung/die Heilfürsorge/der Beihilfeanspruch/der Auslandsaufenthalt /die Hilfebedürftigkeit nach SGB II oder SGB XII **endet am** _____
 Ergeben sich Auswirkungen für die Pflege-Pflichtversicherung (SPV/PPV)? ja nein Bei Antwort „ja“, welche? _____
- 4.12 Übergang auf Ruhensversicherung (gilt auch für PZTG02) bis zum _____ Grund? _____
 Name der gesetzlichen Krankenkasse _____
- 4.13 Änderung des Krankentagegeldes wegen Erhöhung des Nettoeinkommens gemäß den Versicherungsbedingungen (fristgemäß innerhalb von 2 Monaten) innerhalb desselben Tarifs
 Die Erhöhung des Nettoeinkommens war zum _____
- 4.14 Niederstufung von Tagessätzen zur Krankentagegeld-/Krankenhaustagegeld-/Pfllegetagegeld-/Kurkostenversicherung innerhalb desselben Tarifs
- 4.15 Erhöhung oder Reduzierung der garantierten Beitragsentlastung im Alter/V-Tarife

5. Zu versichernde Personen (zusätzlich Familienname und Adresse, wenn nicht wie Versicherungsnehmer)

Pers. Vorname _____ Geschl. _____ Geb.-Datum _____ Ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Studienfachrichtung _____

m w

selbstständig angestellt nicht erwerbstätig

 Angest. im öffentl. Dienst: Beamter:

 Bund
 Land

 Beihilfebemessungssatz
 ambulant _____%
 stationär _____%

1 Bei vom Antragsteller abweichender Adresse, bitte angeben _____

m w

selbstständig angestellt nicht erwerbstätig

 Angest. im öffentl. Dienst: Beamter:

 Bund
 Land

 Beihilfebemessungssatz
 ambulant _____%
 stationär _____%

2 Bei vom Antragsteller abweichender Adresse, bitte angeben _____

6. Tarife/Beiträge – Monatsbeiträge in EURO

Pers.	Tarif	Mit Übertragungswert*) ja nein	Tages-satz EUR	Tarifbeitrag	(+) Zuschlag (-) Abschlag	Monats-beitrag**)	wegf. Tarif/Tgs.	Pers.	Tarif	Mit Übertragungswert*) ja nein	Tages-satz EUR	Tarifbeitrag	(+) Zuschlag (-) Abschlag	Monats-beitrag**)	wegf. Tarif/ Tagessatz
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Gesamt															
unveränderter Gesamtmonats-Beitrag															
neuer Gesamtmonats-Beitrag															

*) Personen, die am 31.12.2008 nicht bei der Allianz Privaten Krankenversicherung vollversichert waren, müssen aus gesetzlichen Gründen Vollversicherungstarife mit Übertragungswert (Ausnahme: Ausbildungs-/Auslandstarife) beantragen.

**) Ggf. mit gesetzlichem Beitragszuschlag (BTZ) gemäß § 12 Abs. 4a VAG aus der Krankheitskostenvollversicherung für ambulant, stationär, Zahn und ggf. ergänzende Zusatztarife.

Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung:

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

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, 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. 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. Assistenz-, Logistik- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

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.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten 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 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.

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 beibringe.

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 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 Schweigepflicht-entbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten 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 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/hinweise/datenschutz-grundsaeetze/index.html 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 an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten 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 und anderer von der Schweigepflicht geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Wir geben in der Regel keine detaillierten Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in einigen Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder von der Schweigepflicht geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gelangen.

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

Vermittler können zu Beratungszwecken Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Einbeziehung von Gutachtern, Annahme mit Beitragszuschlägen für erhöhte Risiken, Ausschlüsse für bestimmte Risiken oder Wartezeiten) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Bei einem Vertragswechsel kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Beitragszuschläge und Risikoausschlüsse an den neuen Vermittler kommen. In der Regel werden Sie vor einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers über die geplante Datenweitergabe informiert.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine geschützten Vertragsinformationen in dem oben genannten Umfang an selbstständige 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. Erklärung zur Nutzung der Steuer-Identifikationsnummer des Antragstellers

Ich bin damit einverstanden, dass meine Steuer-Identifikationsnummer von dem Allianz Versicherer, der mich um die Mitteilung der Steuer-Identifikationsnummer gebeten hat, auch für weitere bei ihm bestehende Verträge gespeichert wird, aus denen sich eine gesetzliche Verpflichtung zu einer Übermittlung meiner Steuer-Identifikationsnummer an die Finanzverwaltung oder die zentrale Stelle (§ 81 EStG) ergibt.

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 Ausscheiden 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, Deutsche Lebensversicherungs-AG, Oldenburgische Landesbank AG und Vereinte SpezialKrankenversicherung 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 Managed Operations & Services SE * (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe),

- AGA Service Deutschland GmbH * (Assistancedienstleistungen),
- 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)
- IMB Consult GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- ViaMed GmbH (Medical Consulting, Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- Giesecke & Devrient GmbH (Herstellung der Allianz Card für Privatversicherte)
- Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
- Pflegedienste und Hilfsmittelversorger (Vermittlung von Pflegediensten sowie Hilfsmittelversorgern)
- Krankenrücktransporte (medizinisch notwendiger Rücktransport aus dem Ausland)

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.

Vollmacht zur förderfähigen Pflege-Zusatzversicherung

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


Eine Änderung der Verhältnisse, die zum Wegfall des Zulagenanspruchs führt, muss der Allianz Private Krankenversicherungs-AG unverzüglich mitgeteilt werden.

Unterschriften (Bitte mit Vor- und Zunamen)

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die „Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung“. Mit der Unterschrift gebe ich die unter Ziffer 1. bis 6. aufgeführten Erklärungen, einschließlich der „Erklärungen zur Datenverarbeitung“ ab. Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die „Hinweise zum Antrag“ habe ich zur Kenntnis genommen. Zu dieser Willenserklärung bestehen keine Nebenabreden.

Mir ist bekannt, dass diese Vereinbarung erst zustande kommt, wenn mir eine schriftliche Annahmeerklärung des Versicherungsunternehmens zugegangen ist.

Gesetzlich vertretene Personen unterschreiben, wenn sie einsichtsfähig sind, frühestens ab 16 Jahren.

Ort, Datum	
Unterschrift der zu versichernden Person 1 ab 16 Jahren	Unterschrift Versicherungsnehmer
Unterschrift der zu versichernden Person 2 ab 16 Jahren	
Unterschrift gesetzlicher Vertreter	
Stempel und Unterschrift des Vermittlers	

Empfangsbestätigungen

Empfangsbestätigung bei einem Änderungsantrag gemäß Ziffer 4.1–4.10

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen erhalten:

- Vordruck des Antrags (Druckstücknummer SO-51-012Z0 (03V) mit Stand 11.12) inkl. der „Erklärungen und Hinweise zum Antrag“
- „Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10 a Abs. 3 VAG“
- Produktinformationsblatt/-blätter, „Versicherungsinformationen“, Versicherungsbedingungen zu den beantragten Tarifen (falls kein Verzicht erklärt wurde)

Unterschrift Versicherungsnehmer

Empfangsbestätigung bei einem Änderungsantrag nach Ziffer 4.11–4.15

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen erhalten:

- Vordruck des Antrags (Druckstücknummer SO-51-012Z0 (03V) mit Stand 11.12) inkl. der „Erklärungen und Hinweise zum Antrag“
- „Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10 a Abs. 3 VAG“

Unterschrift Versicherungsnehmer

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Markus Rieß

Vorstand: Dr. Birgit König, Vorsitzende;

Dr. Wolfgang Brezina, Dr. Michael Hessling, Christian Molt, Rainer Schwarz.

Sitz der Gesellschaft: München.

Registergericht: München HRB 2212

Hauptverwaltung:

Königinstr. 28, 80802 München

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

www.gesundheit.allianz.de

Erläuterungen

zu Ziffer 4.1 Übergang auf Anwartschaftsversicherung (AwV)

Der Abschluss einer AwV ist möglich für die Dauer

- der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht/Arbeitslosigkeit
- des Anspruches auf Familienversicherung,
- des Anspruches auf Heilfürsorge,
- eines Beihilfeanspruches,
- eines längeren ununterbrochenen Auslandsaufenthaltes,
- einer Unterbrechung der Erwerbstätigkeit bei der Krankentagegeldversicherung,
- einer vorübergehenden Berufsunfähigkeit bei der Krankentagegeldversicherung,
- des gesetzlichen Mutterschutzes und Erziehungsurlaubes/der Elternzeit bei der Krankentagegeldversicherung. Bei einem Eintritt in eine gesetzliche Krankenkasse ist der Name der Kasse anzugeben. Ein Anspruch auf die tariflichen Leistungen besteht für die Dauer der AwV nicht. Es gelten die bisherigen vertraglichen Vereinbarungen einschließlich der AwV-Bestimmungen. Bei unbefristeter AwV ist der Wegfall der Gründe, die zur AwV geführt haben, innerhalb von **zwei Monaten** dem Versicherer zu melden.

zu Ziffer 4.2 Anmeldung Neugeborener

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt. Voraussetzung ist, dass

- am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist (bei Gruppenversicherung: wenn ein Elternteil bereits am Gruppenversicherungsvertrag teilnimmt);
- die Anmeldung zur Mitversicherung innerhalb von **zwei Monaten nach dem Tag der Geburt** erfolgt;
- der Versicherungsschutz **nicht höher oder umfassender** als der eines versicherten Elternteils ist – dies gilt nicht, wenn für ein Elternteil Versicherungsschutz nach alter Welt (= ohne Übertragungswert) besteht, dieser nicht mit Übertragungswert zur Verfügung steht und für das Kind Versicherungsschutz mit Übertragungswert angemeldet wird.

zu Ziffer 4.3 Änderung des Krankentagegeldes

• Verkürzt sich bei Wechsel des Arbeitgebers die Dauer der Entgeltfortzahlung, so kann im Rahmen der tariflich vorgesehenen Karenzzeiten der Wechsel auf einen Tarif mit entsprechend kürzerer Karenzzeit beantragt werden.

- Bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit kann eine prozentual entsprechende Erhöhung des Krankentagegeldes beantragt werden. In beiden Fällen wird auf die Wartezeit sowie eine erneute Gesundheitsprüfung verzichtet, wenn der Antrag innerhalb von **zwei Monaten zum nächsten Monatsersten** gestellt wird. Ich bestätige, dass der gewünschte Tagessatz auch unter Berücksichtigung bestehender und beantragter Versicherungen mein durchschnittliches Nettoeinkommen nicht übersteigt und die gewählte Karenzzeit der Dauer der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall entspricht. Besteht Arbeitsunfähigkeit zum Zeitpunkt des Änderungsbeginns, ist bis zur Beendigung dieses Versicherungsfalles kein Anspruch auf die Mehrleistungen gegeben.

zu Ziffer 4.4 Niederstufung von Tagessätzen

Es gelten die Versicherungsbedingungen in der jeweils gültigen Fassung.

zu Ziffer 4.5 und 4.6 Tarifwechsel ohne Mehrleistungen

Nähere Erläuterungen gibt der Vermittler.

zu Ziffer 4.7 Änderung des Beihilfebemessungssatzes

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Erhöhungen des Beihilfebemessungssatzes dem Versicherer innerhalb von **sechs Monaten**, vom Eintritt der Erhöhung an gerechnet, schriftlich anzuzeigen.

- Vermindert sich der Bemessungssatz für die versicherte Person oder entfällt der Beihilfeanspruch, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers in der Krankheitskostenversicherung eine entsprechende Erhöhung des Versicherungsschutzes. Der Versicherungsschutz kann nur soweit erhöht werden, dass er die Verminderung des Bemessungssatzes oder den Wegfall des Beihilfeanspruches ausgleicht, jedoch nicht mehr, als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Wird der Antrag innerhalb von **sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruches** gestellt, werden die erhöhten Leistungen ohne erneute Wartezeit und Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beihilfeänderung an gewährt. Die Änderung des Beihilfeanspruches ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

zu Ziffer 4.8 Übergang von Risikotarifen

180/Tarife B/Beihilfe Anwärter auf Normaltarife

Die Versicherung nach Tarif 180 endet mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 36 Monaten, vor Ablauf der Höchstversicherungsdauer mit Ablauf des Monats,

- in dem die Berufsausbildung zum Arzt beendet wird;
 - in dem die Berufsausbildung zum Arzt vorzeitig abgebrochen bzw. mehr als 6 Monate unterbrochen wird;
 - in dem eine Tätigkeit als angestellter Arzt aufgenommen wird oder eine Niederlassung als Arzt erfolgt;
 - in dem das 34. Lebensjahr vollendet wird.
- Die Versicherung nach den **Tarifen B/Beihilfe Anwärter** endet mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 36 Monaten, vor Ablauf der Höchstversicherungsdauer mit Ablauf des Monats,
- in dem die Ausbildung beendet wird;
 - in dem die Ausbildung vorzeitig abgebrochen bzw. mehr als 6 Monate unterbrochen wird;
 - in dem das 34. Lebensjahr vollendet wird.
- Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit innerhalb **eines Monats** schriftlich anzuzeigen.

zu Ziffer 4.9 Tarifwechsel von Tarif 761 auf Tarif 760

Es gelten die Versicherungsbedingungen in der jeweils gültigen Fassung.

zu Ziffer 4.10 V-Tarife mit garantierter Beitragsentlastung im Alter/V-Tarife

Es gelten die Versicherungsbedingungen in der jeweils gültigen Fassung. Zur Beitragsbegrenzung im Alter bietet die Allianz Private Krankenversicherungs-AG Tarife mit garantierter Beitragsentlastung an.

zu Ziffer 4.11 Übergang von AwV auf Vollversicherung

Der Übergang auf die Krankheitskostenversicherung ist spätestens **zwei Monate nach Wegfall der Voraussetzungen** anzumelden. Bei fristgemäßer Anmeldung erfolgt der Übergang zum Ersten des Monats, in dem die Voraussetzungen für eine AwV weggefallen sind oder zum Ersten des Folgemonats. Mit dem Aufleben der PPV ist die Höhe des aktuellen Einkommens wegen evtl. Rabattansprüche zu berücksichtigen. Nähere Erläuterungen gibt der Vermittler.

zu Ziffer 4.12 Übergang auf Ruhensversicherung

Tarif 180 und Tarife B/Beihilfe Anwärter

Besteht vorübergehend Krankenversicherungspflicht oder Anspruch auf Familienversicherung, kann das Ruhen der Versicherung für höchstens **12 Monate** vereinbart werden. Bei einem Eintritt in eine gesetzliche Krankenkasse ist der Name der Kasse anzugeben.

- Während der Ruhensversicherung gelten die Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:

- Es besteht keine Leistungspflicht des Versicherungsunternehmens;
- Beiträge sind nicht zu entrichten;
- der Lauf der Fristen der Versicherungsbedingungen wird nicht unterbrochen.

- Mit Beendigung der Ruhenszeit tritt die Versicherung wieder in Kraft. Die während der Ruhenszeit aufgetretenen Erkrankungen einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen sind im Rahmen der geltenden Versicherungsbedingungen nach dem Ende der Ruhenszeit in den Versicherungsschutz einbezogen. Für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, wird nur für den Teil geleistet, der in die Zeit nach dem Wiederinkrafttreten der Versicherung fällt. Erhöht sich die monatliche Beitragsrate gegenüber derjenigen vor Beginn der Ruhenszeit, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Beendigung der Ruhenszeit zu diesem Zeitpunkt die wieder in Kraft tretende Versicherung kündigen.

zu Ziffer 4.13 siehe zu Ziffer 4.3 Änderung des Krankentagegeldes

zu Ziffer 4.14 siehe zu 4.4 Niederstufung von Tagessätzen

zu Ziffer 4.15 siehe zu Ziffer 4.10 Tarife mit garantierter Beitragsentlastung im Alter/V-Tarife