

SAFE-KAPITAL  
Flinsberger Str. 1

37308 Heilbad Heiligenstadt

Flinsberger Str. 1  
37308 Heilbad Heiligenstadt  
Tel.: 0 36 06 – 6 07 10 80  
Fax.: 0 36 06 – 6 07 10 83  
Email: [info@safe-kapital.de](mailto:info@safe-kapital.de)

Bitte verwenden Sie dieses Blatt zum Versand des Antrages.

Danke

Alle Unterlagen werden nach Rücksendung in unserem Haus eingescannt und Ihnen per Email übermittelt.

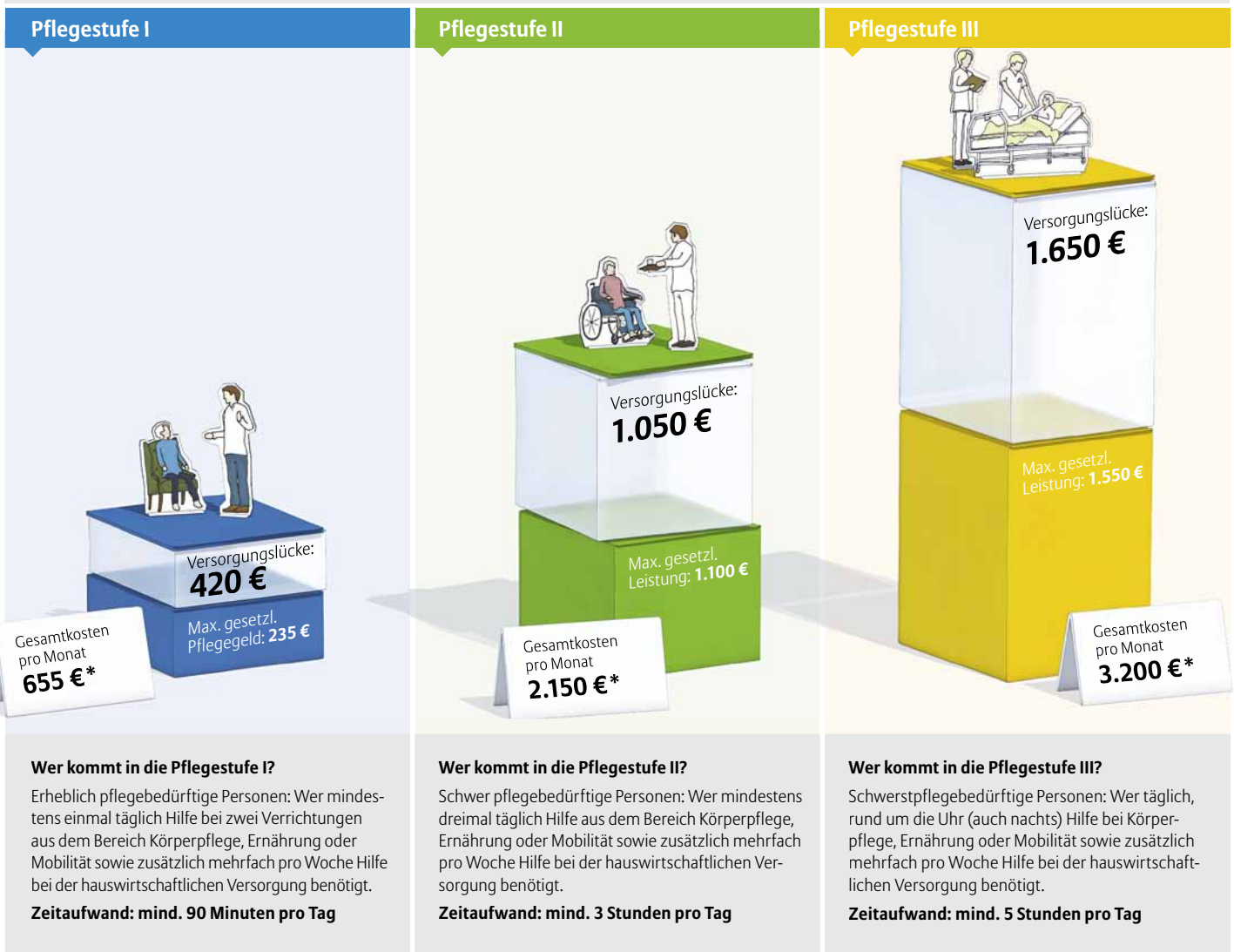
# Pflege-Zusatzversicherung PZTBest im Überblick

## Wozu braucht man eine private Pflegevorsorge?

Jeder von uns wünscht sich beste Gesundheit und Fitness bis ins hohe Alter. Doch oft setzen ein Unfall oder Krankheiten (zum Beispiel eine Demenzerkrankung) diesem Wunsch Grenzen und führen zu Pflegebedürftigkeit. Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bieten jedoch nur eine Grundversorgung. Mit einer privaten Pflegevorsorge sichern Sie sich Ihre finanzielle Unabhängigkeit im Pflegefall.

### ▼ Beispiel

Die tatsächlichen Kosten für die Pflege sind meist viel höher als die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Dadurch entstehen erhebliche Beträge, die die Betroffenen selbst tragen müssen. Diese Versorgungslücke wird immer größer, je mehr Pflegebedarf besteht.



\* Zusammensetzung der Kosten siehe Beispiele auf der Rückseite

## Leistungen der Allianz Pflege-Zusatzversicherung PZTBest

**Leistung Pfl egetagegeld:** Das Pfl egetagegeld wird, je nach Pflegestufe, prozentual vom versicherten Tagessatz gezahlt. Bei ambulanter Pflege (ob Laien oder Pflegedienst) in Pflegestufe I: 30%, in Pflegestufe II: 60% und in Pflegestufe III: 100%. **Bei stationärer Pflege im Pflegeheim in allen Pflegestufen: 100%.**

**Leistung bereits bei erheblichem, allgemeinem Betreuungsbedarf:** Sie erhalten 30% des versicherten Tagessatzes bei erheblichem, allgemeinem Betreuungsbedarf (zum Beispiel bei Demenz), solange noch keine Pflegestufe anerkannt ist.

**Keine Warte- und Karenzzeiten:** Sobald eine Pflegebedürftigkeit festgestellt wird, zahlt die Allianz das Pfl egetage- bzw. Betreuungsgeld ohne Warte- und Karenzzeiten, unbürokratisch ohne Kostennachweis aus.

**Beitragsbefreiung:** Bei Pflegestufe III.

**Pflege-PrivatGarantie:** Wenn der Gesetzgeber im Rahmen von Reformen Leistungselemente der Pflegeversicherung bis zum 31.12.2018 ändert und die Allianz daraufhin einen neuen Tarif einführt und Ihnen dieser für den Wechsel bekannt gegeben wird, haben Sie die Möglichkeit, ohne erneute Gesundheitsprüfung in diesen Tarif zu wechseln.

Stiftung Warentest  
**GUT (1,9)**  
**TESTSIEGER: Allianz PZTBest**  
 Im Test: 30 Pfl egetagegeldtarife, 4 gut  
 Modell: Mann 45 Jahre, Beitrag ca. 40 Euro im Monat  
 Ausgabe 02/2011



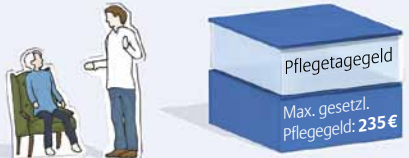


Die Allianz Pflege-Zusatzversicherung PZTBest erreicht einen Spitzenplatz bei Stiftung Warentest.

**BERECHNEN SIE IHREN BEITRAG**  
[www.allianz.de/pztbest](http://www.allianz.de/pztbest)

# Die Allianz Pflege-Zusatzversicherung PZTBest

## ▼ Prinzip und Leistungen

Die Höhe der Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung richtet sich nach der Pflegestufe und innerhalb dieser danach, ob die Pflege zu Hause durch Angehörige, einen ambulanten Pflegedienst oder stationär im Heim erfolgt. PZTBest bietet leistungsstarken Schutz für individuelle Bedürfnisse.

Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
<p><b>Leistung:</b> 30% des versicherten Tagessatzes. Volle Leistung auch bei häuslicher Pflege durch Angehörige ohne fremde, ehrenamtliche Hilfe: <b>gleiche Beträge</b> wie bei der Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst.</p> 	<p><b>Leistung:</b> 60% des versicherten Tagessatzes.</p> 	<p><b>Leistung:</b> 100% des versicherten Tagessatzes. Bei stationärer Pflege auch unabhängig von der Pflegestufe, da im Pflegeheim immer <b>100% des versicherten Tagessatzes</b> benötigt werden.</p> 
<b>Häusliche Pflege durch Angehörige</b>	<b>Häusliche Pflege durch ambulanten Pflegedienst</b>	<b>Stationäre Pflege im Pflegeheim</b>
<p>Unterstützung durch ehrenamtliche Haushaltshilfe 455,00 € Student (20 Std. monatl.) 200,00 €</p> <p><b>monatl. Kosten gesamt</b> <b>655,00 €</b> max. gesetzl. Pflegegeld* -235,00 €</p> <p><b>Versorgungslücke</b> <b>420,00 €</b></p>	<p>Pflegekosten 1.040,00 € Anfahrtpauschale 6-20 Uhr 120,00 € 3 Mahlzeiten tägl. 285,00 € Putz- und Haushaltshilfe 705,00 €</p> <p><b>monatl. Kosten gesamt</b> <b>2.150,00 €</b> max. gesetzl. Leistung -1.100,00 €</p> <p><b>Versorgungslücke</b> <b>1.050,00 €</b></p>	<p>Pflegesatz 2.192,00 € Unterkunft und Verpflegung 503,00 € Investitionskosten 505,00 €</p> <p><b>monatl. Kosten gesamt</b> <b>3.200,00 €</b> max. gesetzl. Leistung -1.550,00 €</p> <p><b>Versorgungslücke</b> <b>1.650,00 €</b></p>
<b>Leistung der Allianz</b>	<b>Leistung der Allianz</b>	<b>Leistung der Allianz</b>
<p>30% des versicherten Tagessatzes (z. B. 60€) 30 Tage x 60€ x 30% = <b>540 € monatlich*</b> Die Versorgungslücke wird komplett geschlossen. Es bleiben sogar 120 EUR übrig.</p>	<p>60% des versicherten Tagessatzes (z. B. 60€) 30 Tage x 60€ x 60% = <b>1.080 € monatlich</b> Die Versorgungslücke wird komplett geschlossen. Es bleiben sogar 30 EUR übrig.</p>	<p>100% des versicherten Tagessatzes (z. B. 60€) 30 Tage x 60€ x 100% = <b>1.800 € monatlich</b> Die Versorgungslücke wird komplett geschlossen. Es bleiben sogar 150 EUR übrig.</p>

\*Kein Kostennachweis nötig – das Pflegetagegeld kann beispielsweise genutzt werden, um zusätzliche Hilfe im Haushalt zu finanzieren.



### Das sollten Sie wissen:

**Beitragshöhe:** Je früher Sie Ihre Zusatzversicherung abschließen, desto günstiger.

**Gesundheitsprüfung:** Diese erfolgt – auch für Anpassungen im Rahmen einer vereinbarten Dynamik – bei Versicherungsabschluss nach neuen pflegespezifischen Kriterien und mit wenigen Gesundheitsfragen.

**Versicherungsumfang:** Bei PZTBest wählen Sie die Höhe des versicherten Tagegeldes von mind. 5 EUR bis höchstens 120 EUR. Über das Pflegetagegeld können Sie frei verfügen.

**Dynamik:** Auf Wunsch erfolgt alle drei Jahre eine Anhebung um 10% des versicherten Tagessatzes ohne erneute Gesundheitsprüfung.

**Alter:** PZTBest kann ab dem 6. bis zum 70. Geburtstag für das ganze Leben abgeschlossen werden. In der Gruppen- und Kollektivversicherung abschließbar bis zum 65. Geburtstag. Die Allianz verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

**Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB):** Diese Information kann Ihnen nur einen Überblick über die Leistungen geben. Für Ihren Versicherungsschutz maßgeblich sind die aktuellen AVB bei Vertragsabschluss.

**Allianz Pflege-Hotline: 08 00.4 72 02 01**  
(erreichbar 24 Stunden / 7 Tage – kostenfrei aus allen deutschen Netzen)

Immer für Sie da, wenn es darauf ankommt:

Teil 1:

**Fragen zu gefahrerheblichen Umständen**  
 Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen, die der Vermittler uns übermittelt. Sie sind verpflichtet, diese Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde(n) Person(en).  
**Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen.**  
 Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden.  
 Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!  
 Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.  
 Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns schriftlich nachzuholen.  
**Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in der nachfolgend abgedruckten „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“.**

Versicherungsnummer (7-stellig)

— 5

Sind Sie bereits Kunde der Allianz Privaten Krankenversicherung?\*)  ja  nein

1. Antragsteller  Herr  Frau

Änderung zu den bisherigen Angaben?\*)  ja  nein

Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
 Ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Art des Unternehmens  angestellt  selbstständig  nicht erwerbstätig  
 E-Mail\*) \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_  
 Fax-Nr.\*) \_\_\_\_\_  
 Telefon (privat)\*) \_\_\_\_\_ (geschäftlich)\*) \_\_\_\_\_  
 Handy\*) \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit  deutsch  andere Seit wann in der BRD? Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_  
 Bis wann (voraussichtlich) in der BRD? \_\_\_\_\_  
 alleinstehend  eingetragener Lebenspartner Personen im Haushalt?\*) \_\_\_\_\_  
 verheiratet

\*) = Freiwillige Angaben

2. Zahlungsweise (im Voraus)  jährlich (4% Skonto)  1/2-jährlich (2% Skonto)  1/4-jährlich (1% Skonto)  monatlich (mind. 10 EUR pro Abbuchung)

3. Versicherungs-/Änderungsbeginn  Tag  Monat  Jahr  
 0 1 \_\_\_\_\_

4. Zusatzversicherung

Antrag Ich beantrage den Abschluss eines **Pflegezeitgeldes** für nachstehend aufgeführte Personen nach **Tarif PZTBest**.  
 Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer. Vertragsdauer: siehe Versicherungsbedingungen.

5. Zu versichernde Personen

(zusätzlich Familienname, wenn nicht wie Antragsteller)

Person 1	Vorname _____	ausgeübte berufliche Tätigkeit _____	Geschl. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum _____
		<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig		
Person 2	Vorname _____	ausgeübte berufliche Tätigkeit _____	Geschl. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum _____
		<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig		

Bei vom Antragsteller abweichender Adresse, bitte angeben: \_\_\_\_\_

Namens- und Adressänderungen sind der Allianz Privaten Krankenversicherung mitzuteilen.

Bei vom Antragsteller **abweichender** Staatsangehörigkeit, bitte angeben: Person \_\_\_\_\_; Welche Staatsangehörigkeit?  deutsch Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_  
 andere \_\_\_\_\_ Seit wann in der BRD? Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_  
 Bis wann (voraussichtlich) in der BRD? \_\_\_\_\_

6. Tarif/Beitrag PZTBest Pflegezeitgeld (siehe Tabelle)

Pers. 1	Tagessatz _____ EUR	Pers. 2	Tagessatz _____ EUR
	Tariffbeitrag _____ EUR		Tariffbeitrag _____ EUR
			Gesamtmonatsbeitrag _____ EUR

## 7. Mitgliedschaft in einer Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) / Anspruch auf Heilfürsorge

Angaben wie bisher, sofern nicht nachstehend vermerkt.

### Besteht, bestand in den letzten 3 Jahren eine Versicherung bei einer Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) / Anspruch auf Heilfürsorge?

Pers.	Art der Versicherung?	Name der Krankenkasse?	bei GKV	GKV von – bis/seit
1	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> Heilfürsorge		<input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> pflichtig	
2	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> Heilfürsorge		<input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> pflichtig	

## 8. Andere Private Pflegegeldversicherungen

Angaben wie bisher, sofern nicht nachstehend vermerkt.

### 8.1 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)?

Höhe in EUR

Person	Art der Privaten Krankenversicherung?	Name der Gesellschaft?	PKV von – bis/seit? Monat/Jahr?	Pflege-Tagessatz
1				
2				

### 8.2 Wurde in den letzten 3 Jahren eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherer beantragt und abgelehnt

(bitte auch die Allianz Private Krankenversicherungs-AG nennen)?

Höhe in EUR

Person	Art der Privaten Krankenversicherung?	Name der Gesellschaft?	Beantragter/abgelehnter Antrag bei einer privaten Krankenversicherung? Monat/Jahr?	Pflege-Tagessatz
1				
2				

## 9. Gesundheitsangaben und Fragen zum Gesundheitszustand

Größe/Gewicht (ab 10 Jahren)

Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung setzt eine sogenannte Risikoprüfung voraus. Unsere Fachabteilungen werten diese Angaben aus.

Person 1	cm	kg
Person 2	cm	kg

Person 1	Person 2		
ja	nein	ja	nein

- Besteht bei Ihnen eine Erwerbsunfähigkeit/Pflegebedürftigkeit oder wurde eine Pflegestufe beantragt?.....  ja  nein
- Besteht oder bestand bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Erkrankungen?  
ALS (amyotrophe Lateralsklerose), Alkoholabhängigkeit, Alzheimer, Ataxie, Bluter (Hämophilie), Chorea Huntington, Demenz, Hepatitis C, Herzinfarkt, HIV-Infektion, Hirnatrophie, Hirnblutung, Krebs, Multiple Sklerose (MS), Muskeldystrophie, Myasthenia gravis, Nierendialyse, Organtransplantation, Parkinson, Rheuma, Schizophrenie, Schlaganfall, Wachkoma.....  ja  nein
- Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ambulanter/stationärer Behandlung oder Kontrolle wegen nachfolgender Erkrankungen oder nehmen Sie regelmäßig Medikamente wegen dieser Erkrankungen ein?  
Arteriosklerose, Arthritis, Arthrose, Bluthochdruck, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), chronisch offene Wunde (Dekubitus), Colitis ulcerosa, Diabetes, Epilepsie, Gelenkersatz (TEP), Gerinnungsstörung, Gicht, Herzinsuffizienz, Herzklappenerkrankung, Herzschrittmacher, Hypercholesterinämie, Koronare Herzerkrankung (KHK), Krebs, Lähmungen, Leberzirrhose, Morbus Crohn, Mukoviszidose (zystische Fibrose), Netzhautablösung, Nierenfunktionsstörung, Osteoporose, psychische Erkrankungen, Schlafapnoe-Syndrom, Schwindel, Vorhofflimmern.....  ja  nein

Nähere Angaben zu 9.3, falls die Frage mit „ja“ beantwortet wurde (für jede Person)

Pers.	Genauere Diagnose/ Art der Beschwerden	Besteht seit (Monat/Jahr)	Art der Behandlung (z. B. Medikament/Krankenhaus/Operation)	Behandelnder Arzt/Therapeut Name und Anschrift

### 4. Ab 60 Jahren: Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen nach Medikamenten und dem Hausarzt/Arzt (für jede Person)

#### 4.a) Welche verschreibungspflichtigen Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Pers.	Medikamente	Genauere Diagnose/ Art der Beschwerden

#### 4.b) Wer ist Ihr Hausarzt oder der Arzt, der Sie am besten kennt?

Pers.	Name des Arztes/Hausarztes	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

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

Reicht der Platz zur Beantwortung der Fragen nicht aus, nehmen Sie bitte Ergänzungen auf einem unterschriebenen Beiblatt vor (wird Bestandteil des Antrages).

Beiblätter benutzt?  ja; Anzahl? \_\_\_\_\_



### Teil 3:

## A. Erklärungen zum Antrag

A.1. 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.

A.2. Ich gebe folgende Erklärungen zur Datenverarbeitung ab:

### Erklärungen zur Datenverarbeitung

#### I. Bedeutung dieser Erklärungen und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir, Ihr(e) Allianz Versicherer (der Versicherer), insbesondere zur Risikobeurteilung, zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Angebotserstellung bzw. Antragsbearbeitung, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz erlaubt, anordnet oder Sie als Betroffener eingewilligt haben. Um Sie über die Datenverwendung umfassend und lückenlos zu informieren, bezieht sich die nachfolgende Einwilligungserklärung in Ziffer II. auch auf **allgemeine personenbezogene Daten**, für die das Bundesdatenschutzgesetz eine Einwilligung des Betroffenen nicht zwingend verlangt (wie z. B. Name oder Adresse). Einen weitergehenden Schutz genießen **besondere personenbezogene Daten** (wie z. B. Ihre Gesundheitsangaben). Wir dürfen sie im Regelfall nur verwenden, soweit Sie eingewilligt haben (Ziffer III.).

Mit den in Ziffer II. und III. enthaltenen Erklärungen erteilen Sie zudem die Befugnis zur Verwendung solcher Daten, die dem Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen. Diese Erklärungen sind mit Zugang bei uns wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

#### II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich darin ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- zur Risikobeurteilung, Vertragsabwicklung und Prüfung der Leistungspflicht durch den Versicherer.
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich zur Angebotserstellung bzw. bei Antragstellung genannt habe.
- zur Führung gemeinsamer Datensammlungen mit anderen ausgewählten deutschen Gesellschaften der Allianz Gruppe, um die Anliegen im Rahmen der Angebotserstellung bzw. Antragsbearbeitung sowie der Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten. Derzeit arbeiten folgende ausgewählte deutsche Gesellschaften der Allianz Gruppe zusammen: Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Global Investors Kapitalanlagegesellschaft mbH, 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, Euler Hermes Kreditversicherungs-AG, Oldenburgische Landesbank AG und Vereinte Spezial Krankenversicherung AG.
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur dortigen Verwendung durch Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.
- durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb der Allianz Gruppe, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Angebotserstellung bzw. Antragsbearbeitung sowie die Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.
- zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) im Auftrag für die Versicherer verschlüsselt. Im Bereich der privaten Kranken- und Pflegeversicherung können zu den vorgenannten Zwecken Anfragen über den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) an andere private Krankenversicherungsunternehmen gerichtet werden. Auf Basis dieser Systeme kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.
- zur Beratung und Information über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch den Versicherer, andere ausgewählte deutsche Gesellschaften der Allianz Gruppe (Nr. 3) oder den für mich zuständigen Vermittler.

#### III. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

##### 1. Verwendung von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

###### a) Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Ihre vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer befreie ich zum Zweck der Risikobeurteilung Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Abgabe dieser Erklärung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass vor Vertragsabschluss unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss. Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung zur Schweigepflichtentbindung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann den Abschluss des von mir gewünschten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

###### b) Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer befreie ich zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung zur Schweigepflichtentbindung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

###### c) Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch den Versicherer verwendet werden.

##### 2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen gemäß Ziffer III. Nr. 1 erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (hinsichtlich der Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden. An den PKV-Verband werden im Rahmen der Ziffer II. Nr. 6 keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. Nr. 7) dürfen Gesundheitsdaten an meinen Vermittler und den ihn unterstützenden Spezialisten im Außendienst der Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG nur weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Kranken-, Lebens- oder Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

Ich entbinde den Versicherer sowie weitere Geheimnisverpflichtete von ihrer Schweigepflicht, soweit die Weitergabe meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist.

### 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 bzw. Versicherungsinteressenten abgegebenen „Erklärungen zur Datenverarbeitung“ ab.

A. 3. Ich erkläre zusätzlich Folgendes:

### Einzugsermächtigung

Die Beiträge sollen bis auf Widerruf bei Fälligkeit von dem jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt gegenüber dem Vermittler angegebenen Konto eingezogen werden.

Kontonummer Bankleitzahl Geldinstitut

falls Kontoinhaber abweichend vom Antragsteller:

Name, Vorname Kontoinhaber Unterschrift Kontoinhaber

### B. 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.

#### Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben, die der Vermittler an uns weiterleitet. Sie sind verpflichtet, Ihnen übermittelte „Fragen zu gefahrerheblichen Umständen“ nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde(n) Person(en).

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Ausführliche Hinweise finden Sie in der „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“. Diese erhalten Sie zusammen mit den „Fragen zu gefahrerheblichen Umständen“.

#### 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.

### C. Unterschriften (Bitte mit Vor- und Zunamen)

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte unter Teil 2 die „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“. Bitte lesen Sie ebenfalls unter Teil 3 die „Erklärungen und Hinweise zum Antrag“, insbesondere die „Erklärungen zur Datenverarbeitung“.

Mit der Unterschrift gebe ich die in Teil 1 und die in Teil 3 unter A. aufgeführten Erklärungen, einschließlich der Erklärungen zur Datenverarbeitung, ab. Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die Hinweise unter B. habe ich zur Kenntnis genommen. Die Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen.

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller

Unterschrift der zu versichernden Person 1 ab 16 Jahren

Unterschrift der zu versichernden Person 2 ab 16 Jahren

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Vermittler

### D. Empfangsbestätigung

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen zu der/den von mir beantragten Versicherung/en erhalten:

- Vordruck dieses Antrags (Druckstücknummer SO-51-014Z0 (01V) mit Stand 1.12) inkl. der „Erklärungen und Hinweise zum Antrag“ und die „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“
- „Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs.3 VAG“
- „Produktinformationsblatt“, „Versicherungsinformationen“, Versicherungsbedingungen zu den beantragten Tarifen“ (falls kein Verzicht erklärt wurde)

X

Unterschrift Antragsteller

### 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, Geschlecht 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.<sup>1</sup> 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.

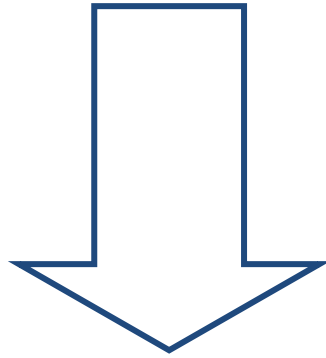
### Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Maximilian Zimmerer  
Vorstand: Dr. Birgit König, Vorsitzende;  
Dr. Wolfgang Brezina, Dr. Markus Faulhaber, Dr. Michael Hessling,  
Christian Molt, Rainer Schwarz.

Sitz der Gesellschaft: München.  
Registergericht: München HRB 2212

Hauptverwaltung:  
Königinstr. 28, 80802 München  
www.gesundheit.allianz.de

# Muster – Antrag



Teil 1:

**Fragen zu gefahrerheblichen Umständen**  
 Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen, die der Vermittler uns übermittelt. Sie sind verpflichtet, diese Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde(n) Person(en).  
**Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen.**  
 Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und solche Untersuchungen oder Analysen weder verlangen noch deren Ergebnisse oder Daten verwenden.  
 Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!  
 Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.  
 Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns schriftlich nachzuholen.  
**Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in der nachfolgend abgedruckten „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“.**

Versicherungsnummer (7-stellig)

- 5

Sind Sie bereits Kunde der Allianz Privaten Krankenversicherung?\*)  ja  nein

1. Antragsteller  Herr  Frau

Änderung zu den bisherigen Angaben?\*)  ja  nein

Name **Muster**

Vorname **Max** Geburtsdatum **01.01.1960**

Straße, Hausnummer **Musterstr. 33**

Postleitzahl **1 2 3 4 5** Wohnort **Musterhausen**

Ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Art des Unternehmens **Dachdecker**  angestellt  selbstständig  nicht erwerbstätig

E-Mail\*)

Titel

Fax-Nr.\*)

Telefon (privat)\* (geschäftlich)\*

Handy\*)

Staatsangehörigkeit  deutsch  andere Seit wann in der BRD? Monat Jahr

Bis wann (voraussichtlich) in der BRD?

alleinstehend  eingetragener Lebenspartner  verheiratet Personen im Haushalt?\*)

\*) = Freiwillige Angaben

2. Zahlungsweise (im Voraus)  jährlich (4% Skonto)  1/2-jährlich (2% Skonto)  1/4-jährlich (1% Skonto)  monatlich (mind. 10 EUR pro Abbuchung)

3. Versicherungs-/Änderungsbeginn

Tag	Monat	Jahr
<u>0 1</u>	<u>0 1</u>	<u>2 0 1 2</u>

4. Zusatzversicherung

Antrag Ich beantrage den Abschluss eines **Pflegezeitgeldes** für nachstehend aufgeführte Personen nach **Tarif PZTBest**.  
 Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer. Vertragsdauer: siehe Versicherungsbedingungen.

5. Zu versichernde Personen

(zusätzlich Familienname, wenn nicht wie Antragsteller)

Person 1	Vorname <b>Max</b>	ausgeübte berufliche Tätigkeit <b>Dachdecker</b>	Geschl. <input checked="" type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum <b>01.01.1960</b>
		<input checked="" type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig		
Person 2	Vorname	ausgeübte berufliche Tätigkeit	Geschl. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum
		<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig		

Bei vom Antragsteller abweichender Adresse, bitte angeben: \_\_\_\_\_

Namens- und Adressänderungen sind der Allianz Privaten Krankenversicherung mitzuteilen.

Bei vom Antragsteller **abweichender** Staatsangehörigkeit, bitte angeben: Person \_\_\_\_\_; Welche Staatsangehörigkeit?  deutsch  andere \_\_\_\_\_ Seit wann in der BRD? \_\_\_\_\_

Monat Jahr

Monat Jahr

Bis wann (voraussichtlich) in der BRD? \_\_\_\_\_

6. Tarif/Beitrag PZTBest Pflegezeitgeld (siehe Tabelle)

Pers. 1	Tagessatz	<u>60</u> EUR	Pers. 2	Tagessatz	<u>        </u> EUR
	Tariffbeitrag	<u>46,92</u> EUR		Tariffbeitrag	<u>        </u> EUR
				Gesamtmonatsbeitrag	<u>46,92</u> EUR

Seite 1 von 5 Seiten für **Max Muster**

## 7. Mitgliedschaft in einer Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) / Anspruch auf Heilfürsorge

Angaben wie bisher, sofern nicht nachstehend vermerkt.

**Besteht, bestand in den letzten 3 Jahren eine Versicherung bei einer Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) / Anspruch auf Heilfürsorge?**

Pers.	Art der Versicherung?	Name der Krankenkasse?	bei GKV	GKV von – bis/seit
1	<input checked="" type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> Heilfürsorge	Musterkasse	<input type="checkbox"/> freiwillig <input checked="" type="checkbox"/> pflichtig	2009 - heute
2	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> Heilfürsorge		<input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> pflichtig	

## 8. Andere Private Pflegegeldversicherungen

Angaben wie bisher, sofern nicht nachstehend vermerkt.

**8.1 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)?

Höhe in EUR

Person	Art der Privaten Krankenversicherung?	Name der Gesellschaft?	PKV von – bis/seit? Monat/Jahr?	Pflege-Tagessatz
1				
2				

**8.2 Wurde in den letzten 3 Jahren eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherer beantragt und abgelehnt**

(bitte auch die Allianz Private Krankenversicherungs-AG nennen)?

Höhe in EUR

Person	Art der Privaten Krankenversicherung?	Name der Gesellschaft?	Beantragter/abgelehnter Antrag bei einer privaten Krankenversicherung? Monat/Jahr?	Pflege-Tagessatz
1				
2				

## 9. Gesundheitsangaben und Fragen zum Gesundheitszustand

**Größe/Gewicht (ab 10 Jahren)**

Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung setzt eine sogenannte Risikoprüfung voraus. Unsere Fachabteilungen werten diese Angaben aus.

Person 1	180 cm	85 kg
Person 2	cm	kg

- |  | Person 1                 | Person 2                            |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
|  | ja                       | nein                                |
| 1. Besteht bei Ihnen eine Erwerbsunfähigkeit/Pflegebedürftigkeit oder wurde eine Pflegestufe beantragt?.....   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Besteht oder bestand bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Erkrankungen?<br>ALS (amyotrophe Lateralsklerose), Alkoholabhängigkeit, Alzheimer, Ataxie, Bluter (Hämophilie), Chorea Huntington, Demenz, Hepatitis C, Herzinfarkt, HIV-Infektion, Hirnatrophie, Hirnblutung, Krebs, Multiple Sklerose (MS), Muskeldystrophie, Myasthenia gravis, Nierendialyse, Organtransplantation, Parkinson, Rheuma, Schizophrenie, Schlaganfall, Wachkoma.....   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ambulanter/stationärer Behandlung oder Kontrolle wegen nachfolgender Erkrankungen oder nehmen Sie regelmäßig Medikamente wegen dieser Erkrankungen ein?<br>Arteriosklerose, Arthritis, Arthrose, Bluthochdruck, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), chronisch offene Wunde (Dekubitus), Colitis ulcerosa, Diabetes, Epilepsie, Gelenkersatz (TEP), Gerinnungsstörung, Gicht, Herzinsuffizienz, Herzklappenerkrankung, Herzschrittmacher, Hypercholesterinämie, Koronare Herzerkrankung (KHK), Krebs, Lähmungen, Leberzirrhose, Morbus Crohn, Mukoviszidose (zystische Fibrose), Netzhautablösung, Nierenfunktionsstörung, Osteoporose, psychische Erkrankungen, Schlafapnoe-Syndrom, Schwindel, Vorhofflimmern..... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

**Nähere Angaben zu 9.3, falls die Frage mit „ja“ beantwortet wurde (für jede Person)**

Pers.	Genauere Diagnose/ Art der Beschwerden	Besteht seit (Monat/Jahr)	Art der Behandlung (z. B. Medikament/Krankenhaus/Operation)	Behandelnder Arzt/Therapeut Name und Anschrift

**4. Ab 60 Jahren:** Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen nach **Medikamenten** und dem **Hausarzt/Arzt** (für jede Person)

**4.a) Welche verschreibungspflichtigen Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

Pers.	Medikamente	Genauere Diagnose/ Art der Beschwerden

**4.b) Wer ist Ihr Hausarzt oder der Arzt, der Sie am besten kennt?**

Pers.	Name des Arztes/Hausarztes	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
1				
2				

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

Reicht der Platz zur Beantwortung der Fragen nicht aus, nehmen Sie bitte Ergänzungen auf einem unterschiedenen Beiblatt vor (wird Bestandteil des Antrages).

Beiblätter benutzt?  ja; Anzahl? 1

## Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Mitteilung 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 und Wegfall des Versicherungsschutzes

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. 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 Gefahrabversicherung 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. 6 2 1 0 4 8 \_\_\_\_\_ Makler

Fremd-Nr. \_\_\_\_\_ Kooperation

Vermittler-Nr. \_\_\_\_\_ ABV/Makler/Kooperation

B-Nr.b \_\_\_\_\_ ABV

Bereichs-Nr. \_\_\_\_\_ Kundenstamm-Nr. \_\_\_\_\_ PWS Nummer \_\_\_\_\_

VKZ PRODZ 0 \_\_\_\_\_ 0 \_\_\_\_\_ Bank

### Teil 3:

## A. Erklärungen zum Antrag

A.1. 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.

A.2. Ich gebe folgende Erklärungen zur Datenverarbeitung ab:

### Erklärungen zur Datenverarbeitung

#### I. Bedeutung dieser Erklärungen und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir, Ihr(e) Allianz Versicherer (der Versicherer), insbesondere zur Risikobeurteilung, zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Angebotserstellung bzw. Antragsbearbeitung, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz erlaubt, anordnet oder Sie als Betroffener eingewilligt haben. Um Sie über die Datenverwendung umfassend und lückenlos zu informieren, bezieht sich die nachfolgende Einwilligungserklärung in Ziffer II. auch auf **allgemeine personenbezogene Daten**, für die das Bundesdatenschutzgesetz eine Einwilligung des Betroffenen nicht zwingend verlangt (wie z. B. Name oder Adresse). Einen weitergehenden Schutz genießen **besondere personenbezogene Daten** (wie z. B. Ihre Gesundheitsangaben). Wir dürfen sie im Regelfall nur verwenden, soweit Sie eingewilligt haben (Ziffer III.).

Mit den in Ziffer II. und III. enthaltenen Erklärungen erteilen Sie zudem die Befugnis zur Verwendung solcher Daten, die dem Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen. Diese Erklärungen sind mit Zugang bei uns wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

#### II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich darin ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- zur Risikobeurteilung, Vertragsabwicklung und Prüfung der Leistungspflicht durch den Versicherer.
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich zur Angebotserstellung bzw. bei Antragstellung genannt habe.
- zur Führung gemeinsamer Datensammlungen mit anderen ausgewählten deutschen Gesellschaften der Allianz Gruppe, um die Anliegen im Rahmen der Angebotserstellung bzw. Antragsbearbeitung sowie der Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten. Derzeit arbeiten folgende ausgewählte deutsche Gesellschaften der Allianz Gruppe zusammen: Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Global Investors Kapitalanlagegesellschaft mbH, 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, Euler Hermes Kreditversicherungs-AG, Oldenburgische Landesbank AG und Vereinte Spezial Krankenversicherung AG.
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur dortigen Verwendung durch Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.
- durch andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb der Allianz Gruppe, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Angebotserstellung bzw. Antragsbearbeitung sowie die Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.
- zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) im Auftrag für die Versicherer verschlüsselt. Im Bereich der privaten Kranken- und Pflegeversicherung können zu den vorgenannten Zwecken Anfragen über den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) an andere private Krankenversicherungsunternehmen gerichtet werden. Auf Basis dieser Systeme kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.
- zur Beratung und Information über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch den Versicherer, andere ausgewählte deutsche Gesellschaften der Allianz Gruppe (Nr. 3) oder den für mich zuständigen Vermittler.

#### III. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

##### 1. Verwendung von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

###### a) Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Ihre vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer befreie ich zum Zweck der Risikobeurteilung Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Abgabe dieser Erklärung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass vor Vertragsabschluss unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss. Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung zur Schweigepflichtentbindung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann den Abschluss des von mir gewünschten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

###### b) Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer befreie ich zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht Ärzte, Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung zur Schweigepflichtentbindung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

###### c) Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch den Versicherer verwendet werden.

##### 2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen gemäß Ziffer III. Nr. 1 erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (hinsichtlich der Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden. An den PKV-Verband werden im Rahmen der Ziffer II. Nr. 6 keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. Nr. 7) dürfen Gesundheitsdaten an meinen Vermittler und den ihn unterstützenden Spezialisten im Außendienst der Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG nur weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Kranken-, Lebens- oder Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

Ich entbinde den Versicherer sowie weitere Geheimnisverpflichtete von ihrer Schweigepflicht, soweit die Weitergabe meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist.

### 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 bzw. Versicherungsinteressenten abgegebenen „Erklärungen zur Datenverarbeitung“ ab.

A. 3. Ich erkläre zusätzlich Folgendes:

### Einzugsermächtigung

Die Beiträge sollen bis auf Widerruf bei Fälligkeit von dem jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt gegenüber dem Vermittler angegebenen Konto eingezogen werden.

12345678                      80080000                      Musterbank Musterhausen  
Kontonummer                      Bankleitzahl                      Geldinstitut

falls Kontoinhaber abweichend vom Antragsteller:

Name, Vorname Kontoinhaber                      Unterschrift Kontoinhaber

### B. 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.

#### Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben, die der Vermittler an uns weiterleitet. Sie sind verpflichtet, Ihnen übermittelte „Fragen zu gefahrerheblichen Umständen“ nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde(n) Person(en).

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Ausführliche Hinweise finden Sie in der „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“. Diese erhalten Sie zusammen mit den „Fragen zu gefahrerheblichen Umständen“.

#### 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.

### C. Unterschriften (Bitte mit Vor- und Zunamen)

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte unter Teil 2 die „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“. Bitte lesen Sie ebenfalls unter Teil 3 die „Erklärungen und Hinweise zum Antrag“, insbesondere die „Erklärungen zur Datenverarbeitung“.

Mit der Unterschrift gebe ich die in Teil 1 und die in Teil 3 unter A. aufgeführten Erklärungen, einschließlich der Erklärungen zur Datenverarbeitung, ab. Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die Hinweise unter B. habe ich zur Kenntnis genommen. Die Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen.

Ort, Datum                      Unterschrift Antragsteller  
Unterschrift der zu versichernden Person 1 ab 16 Jahren  
Unterschrift der zu versichernden Person 2 ab 16 Jahren  
Unterschrift gesetzlicher Vertreter  
Unterschrift Vermittler

### D. Empfangsbestätigung

Ich habe vor Antragstellung folgende Unterlagen zu der/den von mir beantragten Versicherung/en erhalten:

- Vordruck dieses Antrags (Druckstücknummer SO-51-014Z0 (01V) mit Stand 1.12) inkl. der „Erklärungen und Hinweise zum Antrag“ und die „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“
- „Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs.3 VAG“
- „Produktinformationsblatt“, „Versicherungsinformationen“, Versicherungsbedingungen zu den beantragten Tarifen“ (falls kein Verzicht erklärt wurde)

X

Unterschrift Antragsteller

### 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, Geschlecht 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 Basisstarif – 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.<sup>1</sup> 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.

### Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Maximilian Zimmerer  
Vorstand: Dr. Birgit König, Vorsitzende;  
Dr. Wolfgang Brezina, Dr. Markus Faulhaber, Dr. Michael Hessling,  
Christian Molt, Rainer Schwarz.

Sitz der Gesellschaft: München.  
Registergericht: München HRB 2212

Hauptverwaltung:  
Königinstr. 28, 80802 München  
www.gesundheit.allianz.de