

# Antrag für Krankenhaus-Zusatztarif 729E

mit Verbraucherinformationen

Allianz Private Krankenversicherung



## Interne Vermerke:

Raum für Eingangsstempel der BS	Antragsprüfung/dv-Eingabe Datum/Handzeichen		
BD	Vermittlername		
Stamm-Nr.	Vermittlungs-Nr./Fremd-Nr.	B-Nr. b	
Bereichs-Nr.	Kundenstamm-Nr.	PWS Nummer	VKZ PRODKZ
	0	0	

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

ja, Versicherungsnummer \_\_\_\_\_ -5 \_\_\_\_\_  nein  
Änderung zu den bisherigen Angaben?\*)  ja  nein

### 1. Antragsteller

Herr  Frau Titel \_\_\_\_\_

Name .....

Vorname/Geburtsdatum .....

Straße/Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Ausgeübte berufl. Tätigkeit .....

Tel. tagsüber/Tel. abends\*) .....

E-Mail\*) .....

Staatsangehörigkeit .....  deutsch  andere (Welche?) ..  
Monat Jahr

Seit wann in der BRD? (falls nicht deutsche Staatsangehörigkeit) \_\_\_\_\_

\*) Freiwillige Angaben

### 2. Einzugsermächtigung

Die Beiträge sind bis auf Widerruf bei Fälligkeit von nachstehendem Konto einzuziehen. Versicherungsleistungen werden auf dieses Konto überwiesen.

Konto-Nr./Bankleitzahl .....

Geldinstitut .....

Name des Kontoinhabers, wenn nicht Antragsteller .....

Unterschrift des Kontoinhabers, wenn nicht Antragsteller .....

### 3. Zahlungsweise

(im Voraus)  jährlich (4% Skonto)  1/2 jährl. (2% Skonto)  
 1/4 jährl. (1% Skonto)  monatl. (nur Beiträge über 10 EUR)

### 4. Versicherungs-/ Änderungsbeginn

Tag Monat Jahr  
0 1

### 5. Krankenhaus-Zusatzversicherung 729E

**Antrag** Ich beantrage den Abschluss einer **Krankenhaus-Zusatzversicherung** für nachstehend aufgeführte Personen nach Tarif 729E. Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer. Vertragsdauer/Wartezeiten: siehe Hinweise und Erklärungen.

### 6. Zu versichernde Personen

(zusätzlich Familienname, wenn nicht wie Antragsteller)

Person A  
ausgeübte berufl. Tätigkeit Geschl. Geburtsd.  
Vorname  
 angestellt  selbst.  nicht erwerbstätig  m  w

Person B  
 angestellt  selbst.  nicht erwerbstätig  m  w

Bei vom Antragsteller **abweichender** Staatsangehörigkeit, bitte angeben: Person \_\_\_\_\_ Welche Staatsangehörigkeit?  deutsch

andere \_\_\_\_\_ Seit wann in der BRD? \_\_\_\_\_

Gesamtmonatsrate

### 8. Andere Krankenversicherungen

Besteht, bestand in den letzten 3 Jahren eine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV)? Besteht, bestand oder wurde in den letzten 3 Jahren eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherer (PKV) inkl. Allianz Private Krankenversicherungs-AG beantragt/abgelehnt?

Person A  nein  ja, PKV: welche/wann \_\_\_\_\_  
gesetzlich krankenversichert bei \_\_\_\_\_

Person B  nein  ja, PKV: welche/wann \_\_\_\_\_  
gesetzlich krankenversichert bei \_\_\_\_\_

Es besteht für keine der zu versichernden Personen ein anderweitiger Anspruch auf Wahlleistungen (Chefarztbehandlung, 2-Bett-Zimmer) bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen.

### 9. Fragen zum Gesundheitszustand

Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und vollständig.

Zu dem Thema prädiktiver Gentest Größe } (ab \_\_\_\_\_ cm  
siehe Hinweise und Erklärungen. Gewicht } 10 Jahren) \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ kg

- Ist bei Ihnen eine ambulante oder stationäre Behandlung, Beratung oder Untersuchung durch einen Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten angedacht, beabsichtigt oder geplant? Sind bei Ihnen Kontrolluntersuchungen (keine Gesundheitschecks) angedacht oder stehen noch Untersuchungsergebnisse aus?  ja  nein  ja  nein
- Haben Sie in den letzten 5 Jahren wiederholt oder regelmäßig Medikamente eingenommen oder angewendet (z. B. Tabletten, Tropfen, Spritzen, Salben) oder wurden Medikamente ärztlich angedacht?  ja  nein  ja  nein
- Werden oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren von einem Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten behandelt, beraten oder untersucht? Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Unfallfolgen oder Beschwerden?  ja  nein  ja  nein
- Werden oder wurden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren psychischer Beschwerden Behandlungen oder Untersuchungen durchgeführt oder sind solche angedacht oder geplant?  ja  nein  ja  nein
- Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-/Rehabilitations-/Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden?  ja  nein  ja  nein
- Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen, Betäubungs-, Rauschmittel? Werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen der Folgen von Alkoholgenuß beraten oder behandelt?  ja  nein  ja  nein
- Wurden Sie jemals wegen einer bösartigen Tumorerkrankung behandelt oder wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt, ist ein HIV-Test ärztlich angedacht oder steht ein Testergebnis aus?  ja  nein  ja  nein
- Besteht bei Ihnen eine Wehrdienstbeschädigung, Erwerbsminderung, anerkannte Schwerbehinderung, Berufskrankheit oder ist ein Arbeitsunfall anerkannt?  ja  nein  ja  nein
- Besteht eine Schwangerschaft? Wenn „ja“, in welcher Woche?  ja  nein  ja  nein
- Tragen Sie eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) oder ist eine angedacht?  ja  nein  ja  nein

### 10. Nähere Angaben zu 9. 1 - 9 bei Antwort „ja“; pro Person A/B

Pers. Zu Genaue Behandlung? von bis Name/Adresse/ ope- Art der  
Frage Diagnose? Art? Art der Telefon/Fax des Arztes, riert? Therapie?  
Beschwerden? Heilpraktikers oder (auch  
Therapeuten Medikamente)

Ambulant  ja  
 Stationär  ja  
 Ambulant  ja  
 Stationär  ja

Pers. Zu Bitte unbedingt angeben, wenn Ansprüche gegen andere Versicherungsträger bestehen!  
Frage Bitte Nachweis beifügen!

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? \_\_\_\_\_

Ich wurde von einem persönlich anwesenden Vermittler beraten  ja  nein

## Hinweise und Erklärungen zum Krankenversicherungsantrag

### Anzeigepflicht des Antragstellers

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen, Unfallfolgen oder Beschwerden angeben muss. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Personen richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern. Die Allianz Private Krankenversicherungs-AG hat sich verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiagnostischen Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiagnostischen Gentests müssen nicht offen gelegt werden. Unter einem „prädiagnostischen Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmateriale eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit.

### Aushändigung der Versicherungsbedingungen

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarife mit Tarifbedingungen werden dem Antragsteller spätestens mit dem Versicherungsschein übersandt, auf Wunsch auch bei Antragstellung ausgehändigt bzw. unverzüglich übersandt.

### Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass der Versicherer aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung Daten zu Beiträgen, Versicherungsfällen, Risiko-/Vertragsänderungen im erforderlichen Umfang übermittelt, und zwar

- zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung an Rückversicherer sowie
- zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer auf direktem Weg oder über den Verband der privaten Krankenversicherung.

Dies gilt auch für die Risikoprüfung zu Verträgen, die ich hier oder bei anderen Versicherern künftig beantrage, und ist in der Personenversicherung außerdem unabhängig vom Zustandekommen eines Vertrages. Gesundheitsdaten dürfen ausschließlich in der Personenversicherung übermittelt werden. Empfänger dürfen Personen- und Rückversicherer sein, der mich betreuende Vermittler nur, sofern dies zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ich willige ferner ein, dass der Versicherer meine allgemeinen Antrags- und Vertragsdaten in gemeinsamen Datensammlungen mit anderen ausgewählten deutschen Gesellschaften der Allianz Gruppe führt und sie an den mich betreuenden Vermittler zur dortigen Verarbeitung und Nutzung übermittelt, soweit dies der Durchführung meiner jeweiligen Vertragsangelegenheiten dient. Nicht zu den allgemeinen Antrags- und Vertragsdaten zählen Gesundheitsdaten sowie Daten über Dritte.

Ich willige weiterhin ein, dass mein Versicherer und der mich betreuende Vermittler über den Zweck dieses Vertrages hinaus meine allgemeinen Antrags- und Vertragsdaten im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung, einschließlich der Beratung zu und des Verkaufs von anderen Finanzdienstleistungsprodukten, nutzen und hierzu auch den ausgewählten Gesellschaften der Allianz Gruppe zur dortigen Verarbeitung und Nutzung übermitteln. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag streichen bzw. jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Meine Einwilligung ist nur wirksam, wenn ich die Möglichkeit hatte, vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen. Dieses wird mir mit dem Versicherungsschein zugesandt und auf Wunsch auch sofort überlassen. Dem Merkblatt zur Datenverarbeitung kann ich weitere wichtige Einzelheiten entnehmen, insbesondere zu den Datenarten und den Zwecken der Verarbeitung und Nutzung sowie die Liste der ausgewählten Gesellschaften der Allianz Gruppe.

### Schweigepflichtentbindungserklärung

#### Risikoprüfung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Versicherungsvertrag zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie die Beschäftigten in Krankenhäusern und Gesundheitsämtern von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 5 Jahren nach Antragstellung.

#### Prüfung der Leistungspflicht

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation). Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

#### Weitergabe von Gesundheitsdaten an Beratungsärzte

Ich ermächtige den Versicherer, soweit es zur Risikoprüfung oder zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, Beratungsärzten im erforderlichen Umfang Daten über gesundheitliche Verhältnisse vorzulegen, die sich aus meinem Antrag, der Vertragsdurchführung oder aus von mir eingereichten Unterlagen sowie von mir veranlassten Mitteilungen ergeben. Die Ermächtigung zur Prüfung des Risikos eines beantragten Vertragsabschlusses endet fünf Jahre nach Antragstellung. Diese Erklärung gilt auch für die gesetzlich vertretenen zu versichernden Personen.

#### Hinweis zur Schweigepflichtentbindungserklärung:

Mit dieser Erklärung können wir die Risikoprüfung und die Prüfung der Leistungspflicht schnellstmöglich durchführen. Wenn Sie diese Erklärung nicht abgeben wollen, melden Sie sich bitte bei uns. Wir werden Ihnen dann eine Alternative hierzu anbieten. Sie könnten beispielsweise für jede einzelne Auskunft eine gesonderte Erklärung abgeben. Dadurch würde uns allerdings ein erheblicher Mehraufwand entstehen. Wir können von Ihnen verlangen, dass Sie die dadurch verursachten Kosten tragen.

### Widerspruchsrecht/Widerrufsrecht

Der Vertrag gilt auf der Grundlage des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen sowie der Verbraucherinformation, die mit dem Versicherungsschein ausgehändigt werden, als abgeschlossen.

Ich kann diesem/diesem Vertragsabschluss innerhalb von 14 Tagen nach Überlassung der genannten Unterlagen in Textform widersprechen/widerrufen. Auf dieses Widerspruchsrecht/Widerrufsrecht werden wir Sie im Versicherungsschein nochmals gesondert hinweisen.

### Vertragsdauer/Wartezeiten

Die Vertragsdauern/Wartezeiten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) des jeweiligen Tarifes. Die Verträge verlängern sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern sie nicht bedingungsgemäß gekündigt werden bzw. die Tarifbedingungen keine andere Regelung vorsehen.

### Verpflichtungen bis zum Abschluss des Vertrages

Ich verpflichte mich, Behandlungen und Untersuchungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Therapeuten und alle Veränderungen im Gesundheitszustand bzw. Gebisszustand der zu versichernden Personen, die bis zum Abschluss des Vertrages eintreten, dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen; das Gleiche gilt für eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft und für anderweitig beantragte Kranken- und/oder Pflegeversicherungen.

### Abschluss des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherer den Versicherungsantrag angenommen hat und ich meiner Vertragserklärung nicht fristgerecht widersprochen habe, sofern ein Widerspruchsrecht besteht. Die Annahme des Antrages wird schriftlich durch den Vorstand erklärt oder durch Aushändigung oder Zusendung des Versicherungsscheins.

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar.

Vor der schriftlichen Annahme Ihres Antrages durch die Gesellschaft bzw. Aushändigung des Versicherungsscheins empfehlen wir, Ihre bisherige Versicherung vorläufig nicht aufzugeben.

### Zusätzliche Verbraucherinformationen

Die Leistungen des Versicherers können sich infolge steigender Heilbehandlungskosten bzw. allgemein häufigerer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Zur dauerhaften Erfüllung des Leistungsversprechens muss der Versicherer bei steigenden Krankheitskosten die Beiträge entsprechend anpassen.

Zur Beitragsbegrenzung im Alter bietet die Allianz Private Krankenversicherungs-AG Tarife mit garantierter Beitragsentlastung an.

### Anwendbares Recht

Für die Aufnahme der Geschäftsbeziehungen und den Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht. Jedwede Kommunikation zum Versicherungsvertrag erfolgt ausschließlich in deutscher Sprache.

### Aufsichtsbehörde

Wir werden uns um ein reibungsloses Versicherungsverhältnis bemühen. Sollten sich wider Erwarten Beanstandungen ergeben, wenden Sie sich bitte an die vertragsführende Stelle, ggf. auch an die Hauptverwaltung in München.

Sie können sich bei Beschwerden aber auch wenden

– an die für uns zuständige Aufsicht. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Sektor Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

– an den Ombudsmann für die Private Krankenversicherung (Anschrift: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin); die Entscheidung des Ombudsmannes ist unverbindlich.

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

Welche? \_\_\_\_\_

**Datenschutz:** Der grau unterlegten Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung und der Schweigepflichtentbindungserklärung (siehe Hinweise und Erklärungen) stimme ich zu.

### Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die weiteren Hinweise und Erklärungen.

Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Hinweise und Erklärungen zum Inhalt dieses Antrages. Die Unterschriften des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie ggf. der gesetzlichen Vertreter gelten für alle beantragten Versicherungen.

### Einen Ausdruck des Antrags habe ich erhalten

Unterschrift des Antragstellers \_\_\_\_\_ Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschriften der zu versichernden Person(en) ab 16 Jahren (ggf. der gesetzlichen Vertreter) \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Vermittlers \_\_\_\_\_

### Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Gerhard Rupprecht · Vorstand: Dr. Ulrich Rumm (Vorsitzender), Dr. Michael Albert, Wilfried Johannßen, Ulrich Schumacher  
Sitz der Gesellschaft: München · Amtsgericht München HRB 2212 · Postadresse: Hauptverwaltung, 80291 München  
[www.gesundheit.allianz.de](http://www.gesundheit.allianz.de)