

Interne Vermerke:

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

6. Zu versichernde Personen

(zusätzlich Familienname, wenn nicht wie Antragsteller)

Person A
Vorname _____ ausgeübte berufliche Tätigkeit _____ Geschl. _____ Geburtsdatum _____
 m w
 angestellt selbst. nicht erwerbstätig

Person B
 m w
 angestellt selbst. nicht erwerbstätig

Bei vom Antragsteller **abweichender** Staatsangehörigkeit, bitte

angeben: Person _____ Welche Staatsangehörigkeit? deutsch

andere _____ : wann in der BRD? _____

7. Tarif/Beitrag Tarif Z65 (siehe Tabelle)

Ich bin/wir sind mit dem Zuschlag einverstanden. Dieser wird zum Ausgleich von Kosten für die Sanierung des bei Tarifabschluss vorhandenen Gebisszustandes erhoben. Bei Beitragsanpassungen erhöht sich der Zuschlag entsprechend.

Pers. A	Tarifbeitrag _____ EUR	Pers. B	Tarifbeitrag _____ EUR
	Zuschlag für fehlende Zähne _____ EUR		Zuschlag für fehlende Zähne _____ EUR
	Zuschlag für ersetzte/überkronte Zähne _____ EUR		Zuschlag für ersetzte/überkronte Zähne _____ EUR
Gesamtmonatsrate _____ EUR			

8. Andere Krankenversicherungen

Besteht, bestand in den letzten drei Jahren eine Versicherung bei einer Gesetzlichen Kasse (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 Zahnersatz/Auslandsschutz bei einem anderen privaten Krankenversicherer.

9. Fragen zum Gebisszustand

Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und vollständig.

	Person A	Person B
	ja	nein
1) Sind Sie in zahnärztlicher Behandlung bzw. ist eine solche angedacht oder beabsichtigt (z.B. auch wegen Funktionsstörungen des Kauorgans, Knirscherschienen, Parodontose oder Zahn- bzw. Kieferfehlstellungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei „ja“, bitte aktuellen Heil- und Kostenplan einreichen, oder die Behandlung beschreiben und unten Ihren Zahnarzt angeben.		
2) Fehlen Ihnen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (nicht Weisheits-/Milchzähne/Lückenschluss)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei „ja“, Anzahl?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3) Haben Sie mehr als 9 ersetzte oder überkronte Zähne (einschließlich Implantaten, Brücken einschließlich Ankerkronen, Keramikverblendschalen, herausnehmbaren Teilprothesen, sowie Teleskopkronen mit Prothese)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei „ja“, Anzahl? -ohne durch Vollprothese ersetzte Zähne	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4) Haben Sie herausnehmbaren Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei „ja“, wo (Oberkiefer/Unterkiefer/in beiden Kiefern)?	<input type="checkbox"/> Oberkiefer <input type="checkbox"/> Oberkiefer <input type="checkbox"/> Unterkiefer <input type="checkbox"/> Unterkiefer	

Falls 9.1 mit „ja“, bitte vollständig Namen/Adresse/Tel./Fax. Ihres Zahnarztes angeben.

Pers A _____

 Pers B _____

Heil- und Kostenplan beiliegend Beschreibung der Behandlung beiliegend
 Unterlagen werden nachgereicht
 Ich wurde von einem **persönlich anwesenden** Vermittler beraten ja nein

Antrag für Zahnzusatztarif Z65

mit Verbraucherinformationen

Allianz Private Krankenversicherung

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?) ..
 *) Freiwillige Angaben

Seit wann in der BRD? (falls nicht deutsche Staatsangehörigkeit) _____
 Monat _____ Jahr _____

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 jährlich (4 % Skonto) 1/2 jährl. (2 % Skonto)
 (im Voraus) 1/4 jährl. (1 % Skonto) monatl. (mind. 10 EUR pro Abbuchung)

4. Versicherungs-/Änderungsbeginn Tag _____ Monat _____ Jahr _____
 0 1 _____

5. Krankenzusatzversicherung

Antrag Ich beantrage den Abschluss einer **Krankenzusatzversicherung** für nachstehend aufgeführte Personen nach Tarif Z65. Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer. Vertragsdauer/Wartezeiten: siehe Hinweise und Erklärungen.

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.

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 Verkaufes 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 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 Versicherungsscheines.

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 unzuweckmäßig.

Vor der schriftlichen Annahme Ihres Antrages durch die Gesellschaft bzw. Aushändigung des Versicherungsscheines 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.

Datenschutz: Der grau unterlegten Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung und der Schweigepflichtentbindungserklärung stimme ich zu.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die obigen 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. Zu diesem Antrag bestehen keine Nebenabreden.

Einen Ausdruck des Antrags habe ich erhalten

Unterschrift des Antragstellers

Ort, Datum

Unterschriften der zu versichernden Personen ab 16 Jahren (ggf. 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