



1. Antragsteller Herr Frau Firma

Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort, Ausübter berufliche Tätigkeit/Branche/Art des Unternehmens, E-Mail*)

Änderung zu den bisherigen Angaben?*) ja nein

Titel, Fax-Nr.)*, Telefon (privat)*, (geschäftlich)*, Handy*), Staatsangehörigkeit, Seit wann in der BRD?, alleinstehend*), verheiratet*), Personen im Haushalt?*)

2. Einzugsermächtigung Änderungen zu den bisherigen Angaben ja nein

Die Beiträge sind – auch unter Berücksichtigung bedingungsgemäßer Änderungen – bis auf Widerruf bei Fälligkeit von nachstehendem Konto einzuziehen.

Versicherungsleistungen der Allianz Privaten Krankenversicherung werden auf dieses Konto überwiesen, wenn nichts anderes vereinbart wird.

Name und Ort des Geldinstitutes, Zweigstelle, Bankleitzahl, Kontonummer

Name des Kontoinhabers, wenn nicht Antragsteller, Unterschrift des Kontoinhabers, wenn nicht Antragsteller

Anderes Konto für die Versicherungsleistungen der Allianz Privaten Krankenversicherung Name des Geldinstitutes, Bankleitzahl, Kontonummer

3. Zahlungsweise der Beiträge (im Voraus) jährlich (4% Skonto) 1/2-jährlich (2% Skonto) 1/4-jährlich (1% Skonto) monatlich (nur Beiträge über 10 EUR)

4. Versicherungs-/Änderungsbeginn

5. Zusatzversicherung

Antrag Ich beantrage den Abschluss eines Kranken-/Pflegeversicherungsvertrages für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen. Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer. Vertragsdauer/Wartezeiten: siehe Ziffer 16.7

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

mit folgendem Vertragspartner:

Ich bin beim Vertragspartner seit Mitarbeiter Mitglied Versicherter.

Das Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis des genannten Vertrages werde ich der Allianz Privaten Krankenversicherung unverzüglich mitteilen.

6. Zu versichernde Personen (zusätzlich Familienname, wenn nicht wie Antragsteller)

Pers. Vorname, ausgeübte berufl. Tätigkeit, Geschl., Geb.-Datum, angestellt, selbstständig, nicht erwerbstätig

Bei vom Antragsteller abweichender Staatsangehörigkeit, bitte angeben: Pers. ; Welche Staatsangehörigkeit? deutsch, andere

Ein zweiter Antrag mit weiteren Personen folgt ja nein

Pers. Vorname, ausgeübte berufl. Tätigkeit, Geschl., Geb.-Datum, angestellt, selbstständig, nicht erwerbstätig

7. Tarife/Beiträge

Person A

Tarif, Tarifbeitrag, Zahn 65 (Z65)/Zahnersatz 65%/Ausland, AmbulantBest (AB) Ambulant/Vorsorge, 724P Zahnersatz 50% Ambulant/Ausland/freie Krankenhauswahl, 721 Krankenhaus/Chefarzt 1-Bett-Zimmer, PZT Pflegezusatz, Krankenhaustagegeld, Krankentagegeld (KT) Tarif/TGS Nettogehalt plus max. RRG/KT*), Wegfallender Tarif, Zuschlag für fehlende Zähne, Zuschlag für ersetzte/überkronte Zähne

Person B

Tarif, Tarifbeitrag, Zahn 65 (Z65)/Zahnersatz 65%/Ausland, AmbulantBest (AB) Ambulant/Vorsorge, 724P Zahnersatz 50% Ambulant/Ausland/freie Krankenhauswahl, 721 Krankenhaus/Chefarzt 1-Bett-Zimmer, PZT Pflegezusatz, Krankenhaustagegeld, Krankentagegeld (KT) Tarif/TGS Nettogehalt plus max. RRG/KT*), Wegfallender Tarif, Zuschlag für fehlende Zähne, Zuschlag für ersetzte/überkronte Zähne

Gesamtmonatsrate in EUR

Ich bin/wir sind mit dem Zuschlag einverstanden. Dieser wird zum Ausgleich von Kosten für die Sanierung des bei Tarifabschluss angezeigten Gebisszustandes erhoben.

Bei Beitragsanpassungen erhöht sich der Zuschlag entsprechend.

*) RRG = Rentenreformgesetz

8. Name und Anschrift des Arbeitgebers (Nur bei Beantragung eines Krankentagegeldes/RRG-KT zu beantworten)

Person A, Mein durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen der letzten 12 Monate aus dieser Tätigkeit beträgt EUR, Dauer der Gehaltsfortzahlung Wochen

Person B, Mein durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen der letzten 12 Monate aus dieser Tätigkeit beträgt EUR, Dauer der Gehaltsfortzahlung Wochen

9. 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?

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

10. Andere private Kranken-/Tagegeldversicherungen Angaben wie bisher, sofern nicht nachstehend vermerkt.
 Besteht, bestand oder wurde in den letzten 3 Jahren eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherer, bitte auch die Allianz Private Krankenversicherungs-AG nennen, beantragt/abgelehnt?

Person	Art der Versicherung? PKV (inkl. Zusatzvers.)	Name der Gesellschaft?	PKV von – bis/seit? Beantragter/abgelehnter Antrag bei einer privaten Krankenversicherung? Monat/Jahr?	Höhe in EUR		
				Kranken- haus- tagegeld	Kranken- tagegeld	Pflege- Tagesatz
A						
B						

11. Gesundheitsangaben

Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung setzt eine sogenannte Risikoprüfung voraus. Deshalb bitten wir Sie, die folgenden Gesundheitsfragen sorgfältig und vollständig zu beantworten. Unsere Fachabteilungen werten die Angaben aus. Falsche oder fehlende Angaben können Ihren Versicherungsschutz gefährden. Gern berät Sie auch Ihr Versicherungsfachmann. Wenn Sie mit ihm über bestimmte Themen nicht sprechen wollen, ist es wichtig, dass Sie diese Angaben unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Allianz Privaten Krankenversicherung schriftlich nachholen. Zu dem Thema prädiktiver Gentest finden Sie Details unter Hinweise und Erklärungen Ziffer 16.1 Absatz 2.

12. Fragen zum Gesundheitszustand

Frage	Person A		Person B	
	ja	nein	ja	nein
1. Ist bei Ihnen eine ambulante oder stationäre Behandlung, Beratung oder Untersuchung durch einen Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten angeraten, beabsichtigt oder geplant? Sind bei Ihnen Kontrolluntersuchungen (keine Gesundheitschecks) angeraten oder stehen noch Untersuchungsergebnisse aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie in den letzten 5 Jahren wiederholt oder regelmäßig Medikamente eingenommen oder angewendet (z. B. Tabletten, Tropfen, Spritzen, Salben) oder wurden Medikamente ärztlich angeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Werden oder wurden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren wegen psychischer Beschwerden Behandlungen oder Untersuchungen durchgeführt oder sind solche angeraten oder geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus- /Rehabilitations-/Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurden Sie jemals wegen einer bösartigen Tumorerkrankung behandelt oder wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt, ist ein HIV-Test ärztlich angeraten oder steht ein Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Besteht bei Ihnen eine Wehrdienstbeschädigung, Erwerbsminderung, anerkannte Schwerbehinderung, Berufskrankheit oder ist ein Arbeitsunfall anerkannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Besteht eine Schwangerschaft? Wenn „ja“, in welcher Woche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tragen Sie eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) oder ist eine angeraten? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Nähere Angaben zu 12. 1-9 bei Antwort „ja“; pro Person A/B

Pers.	Zu Frage	Genaue Diagnose? Art der Beschwerden?	Behandlung?			Name/Adresse/Telefon/Fax des Arztes, Heilpraktikers oder Therapeuten	ope- riert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	Art der Therapie? (auch Medikamente)	Arbeitsunfähigkeit?	
			Art?	von	bis				von	bis
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär							
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär							
			<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär							

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

14. Fragen zum Gebisszustand (Nur bei Absicherung von Zahnleistungen)

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

15. Bei 14.1 mit „ja“, bitte pro Person A / B vollständig Namen/Adresse/Tel./Fax Ihres Zahnarztes bzw. Kieferorthopäden angeben

Pers. A _____
 Pers. B _____

Heil- und Kostenplan bzw. kieferorthopädischer Behandlungsplan beiliegend Beschreibung der Behandlung beiliegend Unterlagen werden nachgereicht
 Reicht der Platz für die 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

Sind Nebenabreden getroffen oder wurden Vorbehalte bzw. Bedingungen gestellt?

Welche? _____

16 Hinweise und Erklärungen

Hinweise und Erklärungen zum Kranken-/Pflegezusatzversicherungs-Antrag und zur Gruppen- bzw. Kollektivversicherung

16.1 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 prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen nicht offen gelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit.

16.2 Erklärungen zum Nettoeinkommen bei Anträgen auf Krankentagegeld

Für die Krankentagegeldversicherung bestätige ich, dass der gewünschte Tagessatz auch unter Berücksichtigung bestehender und beantragter Versicherungen mein durchschnittliches Nettoeinkommen nicht übersteigt und, soweit ein Anstellungsverhältnis besteht, die gewählte Karenzzeit der Dauer der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall entspricht.

16.3 Aushandigung 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.

16.4 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.

16.5 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 Risiko- beurteilung 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.

16.6 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. Auf dieses Widerspruchsrecht/Widerrufsrecht werden wir Sie im Versicherungsschein nochmals gesondert hinweisen.

16.7 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.

16.8 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.

16.9 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 unzweckmäßig.

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

16.10 Erklärung für den Antrag zur Teilnahme an der Gruppen- bzw. Kollektivversicherung

Die besonderen Vereinbarungen des Gruppenversicherungs- bzw. Kollektivvertrages erkenne ich an.

16.11 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.

Versicherte können in der Regel eine summenmäßig höhere Selbstbeteiligung wählen bzw. auf Tarife mit einer höheren prozentualen Selbstbeteiligung umstellen.

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

Für Versicherte besteht spätestens nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Möglichkeit, bei Vorliegen der bedingungsgemäßen Voraussetzungen, die brancheneinheitlichen Standardtarife abzuschließen. Diese Tarife bieten ein Leistungsniveau, das dem der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Der zu zahlende Beitrag ist auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt.

16.12 Anwendbares Recht

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

16.13 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 (Ziffer 16.4) und der Schweigepflichtentbindungserklärung (Ziffer 16.5) 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.

Einem 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

Schritt 1: Drucken Sie den PDF-Antrag aus.
Schritt 2: Füllen Sie die noch fehlenden Angaben aus und unterschreiben Sie den Antrag. **Eine Unterschrift ist aus rechtlichen Gründen dringend erforderlich!**
Schritt 3: Senden Sie den Antrag an die vordruckte Adresse der Niederlassung. Dort wird dieser geprüft und bearbeitet. Um Rückfragen schneller bearbeiten zu können, geben Sie bitte Ihre Telefonnummer an.

Sollten aufgrund Ihrer Gesundheitsangaben Zusatzvereinbarungen notwendig werden, erhalten Sie ein individuelles schriftliches Angebot der Allianz.

Kündigen Sie einen bestehenden Versicherungsschutz erst dann, wenn Sie von der Allianz Privaten Krankenversicherung eine verbindliche Zusage erhalten haben!
 Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Beiträge in der bei Abschluss des jeweiligen Versicherungsvertrages aktuellen Fassung.

<p>Bitte beachten Sie: Der angezeigte Beitrag richtet sich nach Geschlecht, Geburtsdatum und dem gewünschten Versicherungsbeginn. Nicht berücksichtigt sind Ihre Angaben zu den Gesundheitsfragen. Bitte beantworten Sie deshalb die Fragen sorgfältig und vollständig nach bestem Wissen. Geben Sie auch Erkrankungen, Unfallfolgen oder Beschwerden an, die Sie für unwesentlich halten, z.B. Sportverletzungen, Allergien oder Rückenschmerzen. Krankheiten, die nicht angegeben werden müssen, sind nur unerhebliche, bedeutungslose Gesundheitsbeeinträchtigungen (zum Beispiel einmal pro Jahr kurzfristig auftretende grippale Infekte). In Zweifelsfällen sollten Sie alle Erkrankungen angeben.</p>	<p>Es können auch Mehrfachangaben nötig sein, zum Beispiel, wenn Sie aufgrund einer Erkrankung ambulant und stationär behandelt wurden. Falls Sie unvollständige oder falsche Angaben machen, riskieren Sie, dass die Allianz Private Krankenversicherung vom Vertrag zurücktritt und die Leistungen verweigert; denn der Versicherer muss in der Lage sein, die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Personen richtig einzuschätzen.</p>
--	--

<p>Erläuterungen zu den Gesundheitsfragen: Kontrolluntersuchungen: Ambulante und stationäre Untersuchungen bzw. Kontrollen von bestehenden oder bereits durchgemachten Erkrankungen, z.B. Kontrolle von Blutwerten oder Kontrolle einer behandelten Tumorerkrankung.</p> <p>Krankheiten: Unter Krankheiten versteht man z.B. körperliche Veränderungen, Unwohlsein, Entzündungen; und auch Krankheiten, die keine Schmerzen bereiten (z.B. Zysten, Myome, Bakterien). Bitte geben Sie hier auch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten an, wie z.B. aufgrund von Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes, Allergien.</p> <p>Beschwerden: Alle dauerhaften Beeinträchtigungen des Wohlbefindens. Geben Sie diese auch an, wenn Sie derzeit beschwerdefrei sind.</p> <p>Unfall: Hierzu zählen z.B. Brüche, Zerrungen, Überdehnungen von Gelenken, Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln; Gehirnerschütterungen, Trauma, etc.</p> <p>Gebrechen: Unter Gebrechen sind Behinderungen (geistig/körperlich) zu verstehen. Beispiele für Gebrechen sind Taubheit oder Fehlbildung/Entstellung/Fehlen von Gliedmaßen.</p> <p>Seelische Störung: Das sind z.B. Angstzustände, Verlustängste, Prüfungsängste, psychische/seelische Störungen oder Depressionen.</p>	<p>Stationärer Krankenhausaufenthalt: Aufnahme in einem Krankenhaus mit Unterbringung und Verpflegung.</p> <p>Ambulanter Krankenhausaufenthalt: Behandlung bzw. Untersuchung in der Ambulanz oder Notaufnahme eines Krankenhauses. Es erfolgte keine Krankenhausaufnahme mit Unterbringung und Verpflegung.</p> <p>Zahnbehandlung, Parodontose, Zahnersatz und Kieferorthopädie Zahnbehandlungen sind vom Zahnarzt erbrachte Leistungen, wie z.B. Plomben, Füllungen, Röntgenaufnahmen, Zahnstein entfernen und Parodontose-Behandlungen. Zahnersatz sind vom Zahnarzt erbrachte Leistungen unter Zuhilfenahme des eigenen Labors oder eines Fremdlabors, wie z.B. Kronen, Brücken, Prothesen, Inlays, Onlays, Implantate. Auch kieferorthopädische Behandlungen und Kieferanomalien sind hier anzugeben.</p> <p>Fehlende Zähne: Bitte geben Sie an, wieviel und welche Zähne fehlen, die noch nicht ersetzt sind. Lückenschluss bedeutet, dass nach Verlust eines Zahnes die entstandene Lücke geschlossen wird, d.h. dass die angrenzenden Zähne in die Lücke wandern und diese schließen. Dann ist dieser vormals fehlende Zahn nicht anzugeben. Beispiel: Der Zahn Nr. 45 musste gezogen werden. Nach einiger Zeit wandern die Zähne 46 und 44 in diese Lücke und schließen sie. Der ehemals fehlende Zahn Nr. 45 ist hier nicht als fehlender, noch nicht ersetzter Zahn anzugeben. Wenn eine Lücke zu groß ist und man will bzw. muss sie gleich schließen, so kann dies nur durch künstlichen Zahnersatz, wie Brücken oder Implantate, vorgenommen werden. Geben Sie dies bitte entsprechend bei der Frage "Sind Zähne ersetzt oder überkront?" an.</p>
---	---

Für die Antragsprüfung ist die Beantwortung aller Felder unbedingt notwendig.