

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

# Für den Pflegefall finanzielle Sicherheit

PZTBest: starke Pflegeleistungen für eine sichere Zukunft.

## Versicherungsantrag Pflegetagegeld nach Tarif PZTBest mit Rechner ab Seite 3

### PZTBest – damit gute Pflege keine Frage des Geldes ist.

PZTBest bietet Ihnen leistungsstarken Schutz für Ihre individuellen Bedürfnisse gerade da, wo die gesetzliche Pflegepflichtversicherung nicht oder nur unzureichend

greift. Überzeugen Sie sich selbst. So wird auch professionelle Hilfe für Zuhause bezahlbar. Darüber hinaus profitieren Sie von den wertvollen Service- und Beratungsleistungen. Und noch ein Plus: PZTBest bietet mit eingebauter Dynamik Zukunftssicherheit.

### Leistungsmerkmale Tarif PZTBest – die optimale Ergänzung.

#### Leistung Pflegetagegeld

Das Pflegetagegeld wird je nach Pflegestufe prozentual vom versicherten Tagessatz geleistet.

Ambulant:		Stationär:	
Pflegestufe I	30 %	Pflegestufe I	100 %
Pflegestufe II	60 %	Pflegestufe II	100 %
Pflegestufe III	100 %	Pflegestufe III	100 %

#### Leistung bereits bei erhöhtem Betreuungsbedarf: Pflegetagegeld

30 % des versicherten Tagessatzes bei erhöhtem Betreuungsbedarf (z. B. Demenz\*), auch wenn noch keine Pflegestufe durch den Medizinischen Dienst der Pflegekasse anerkannt ist.

#### Pflegeleistung durch Angehörige /ehrenamtliche Helfer

Pflegende Angehörige oder ehrenamtliche Pflegepersonen erhalten in voller Höhe den versicherten Tagessatz erstattet.

#### Beitragsbefreiung

Bei einer Einstufung in Pflegestufe III beitragsfrei.

#### Bedarfsanpassung durch Dynamik

Auf Wunsch alle 3 Jahre: Anhebung des versicherten Tagessatzes um 10 % ohne erneute Gesundheitsprüfung.

#### Serviceleistungen

Im Rahmen der Pflegebegleitung bieten wir Ihnen, Ihren nahen Angehörigen oder den Pflegenden zusätzliche telefonische Serviceleistungen, z. B. unterstützen wir Sie bei der Suche nach geeigneten Pflegeeinrichtungen.

#### Keine Warte- und Karenzzeiten

Wir zahlen Ihnen das Pflegetagegeld ohne Warte- und Karenzzeiten ganz unbürokratisch ohne Kostennachweis aus, wenn die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde.



Incema GmbH  
Versicherungsmakler  
Saarburger Ring 31-33  
68229 Mannheim  
Tel: 0621 45 46 50 2  
[info@pflegevorsorge.de](mailto:info@pflegevorsorge.de)

### Schließen Sie die Versorgungslücke!

Im Pflegefall drohen große finanzielle Belastungen, die von der gesetzlichen Pflege-Pflichtversicherung in der Regel nur zum Teil abdeckt sind. Die Differenz zwischen tatsächlichen Kosten und gesetzlicher Leistung muss dann vom angesparten Vermögen oder gegebenenfalls von den nächsten Angehörigen bezahlt werden. Mit der leistungs- starken Pflege-Zusatzversicherung PZTBest können Sie diese Versorgungslücke schließen.

Beispiel für Pflege in den eigenen vier Wänden (ambulant).	
Ambulante Pflege (Pflegestufe I) ca.	980 €
Maximale gesetzliche Leistung	440 €
<b>Monatliche Lücke</b>	<b>540 €</b>
Mit PZTBest erhalten Sie ambulant in der Pflegestufe I 30 % des versicherten Tagessatzes. Z. B. bei einem versicherten Tagessatz von 60 €: 30 Tage x 60 € x 30 % im Monat	540 €
<b>Monatliche Lücke</b>	<b>0 €</b>

Beispiel für einen Pflegeheimplatz (stationär).	
Pflegeheimplatz (Pflegestufe III) ca.	3.200 €
Maximale gesetzliche Leistung (kein Härtefall)	1.510 €
<b>Monatliche Lücke</b>	<b>1.690 €</b>
Mit PZTBest erhalten Sie stationär in den Pflegestufen I bis III immer 100 % des versicherten Tagessatzes. Z. B. bei einem versicherten Tagessatz von 60 €: 30 Tage x 60 € im Monat Damit verbleiben Ihnen sogar noch 110 € zur freien Verfügung.	1.800 €
<b>Monatliche Lücke</b>	<b>0 €</b>

### Mit PZTBest umfassend abgesichert – und das zu absolut fairen Konditionen.

Monatsbeitrag bei PZTBest für ein Pfl egetagegeld von 60 € x 30 Tage = 1.800 € im Monat.

Frau, 35 Jahre	32,46 €
Frau, 45 Jahre	54,54 €
Mann, 35 Jahre	18,78 €
Mann, 45 Jahre	31,98 €



Ab der nächsten Seite beginnt das interaktive Antragsformular.

Das Formular ist so gestaltet, dass nach (Siehe die 5 gelben Fragezeichen)

1. anklicken Zahlweise 1/12, 1/4, 1/2, 1/1
2. Versicherungsbeginn eingeben
3. Geschlecht wählen
4. Eingabe des Geburtsdatums

5. Auswahl der Pfl egetagegeldhöhe aus der Dropdownliste

automatisch der korrekte Beitrag vom Formularprogramm berechnet und eingetragen wird! Das Gleiche gilt für eine zweite mitzuversichernde Person.

Mehr müssen Sie nicht tun. Wollen Sie abschließen, füllen Sie die restlichen Felder aus und drucken den Antrag aus und senden ihn uns per Post zu.

Haben Sie Fragen: Unsere Hotline 0621 45 46 50 2 beantwortet Ihnen gerne alle Fragen!



Incema GmbH

Versicherungsmakler Saarburger Ring 31-33  
PLZ/Ort: 68229 Mannheim Tel: 0621 45 46 50 2  
E-Mail: [info@pflegevorsorge.co](mailto:info@pflegevorsorge.co)

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  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 0 1 Monat Jahr

**4. Zusatzversicherung**

**Antrag** Ich beantrage den Abschluss eines **Pflegezusatztaggeldes** 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

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

Bis wann (voraussichtlich) in der BRD? Monat Jahr

**6. Tarif/Beitrag PZTBest Pflegezusatztaggeld (siehe Tabelle)**

Pers. 1 Tagessatz \_\_\_\_\_ EUR   
 Tarifbeitrag \_\_\_\_\_ EUR

Pers. 2 Tagessatz \_\_\_\_\_ EUR   
 Tarifbeitrag \_\_\_\_\_ 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 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?

Pers.	Art der Versicherung? (auch ambulante und stationäre Zusatzversicherungen angeben)	Name der Gesellschaft?	PKV von – bis/seit? Beantragter/abgelehnter Antrag bei einer privaten Krankenversicherung? Monat/Jahr?	Pflege-Tagessatz in EUR
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____

**9. Fragen zum Gesundheitszustand**

Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und vollständig.

	Person 1		Person 2	
	ja	nein	ja	nein
1. Besteht bei Ihnen eine Erwerbsunfähigkeit/Pflegebedürftigkeit oder wurde eine Pflegestufe beantragt?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 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.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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? 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), Lähmungen, Leberzirrhose, Morbus Crohn, Mukoviszidose (zystische Fibrose), Netzhautablösung, Nierenfunktionsstörung, Osteoporose, psychische Erkrankungen, Schlafapnoe-Syndrom, Schwindel, Vorhofflimmern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Größe } (ab 10 Jahren)  
 Gewicht }

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

Pers.	Genauere Diagnose	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	Einnahme seit (Monat/Jahr)

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 unterschiedenen 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 Pensions Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, Deutsche Lebensversicherungs-AG, Euler Hermes Kreditversicherungs-AG, Oldenburgische Landesbank AG, Vereinte Spezialversicherung 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 (00) mit Stand 1.11) 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)

Unterschrift Antragsteller

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

#### 1. Zu § 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 Alterwerdens 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 Basisarbit – 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.

#### 2. Versicherungsschein. Abschriften (§ 3 Abs. 4 VVG)

Der Versicherungsnehmer kann jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat.

1) Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

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

Sitz der Gesellschaft: München.  
Registergericht: München HRB 2212

Hauptverwaltung:  
Fritz-Schäffer-Str. 9, 81737 München  
www.gesundheit.allianz.de

## Verzichtserklärung

Hiermit verzichte ich darauf, dass mir vor Antragstellung die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die nach der VVG-Informationspflichtenverordnung vorgeschriebenen Informationen (Versicherungsinformationen und bei Verbrauchern das Produktinformationsblatt) zu der/den von mir gewünschten Versicherung(en) übermittelt werden. Diese Unterlagen erhalte ich zusammen mit dem Versicherungsschein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/gesetzl. Vertreter

### Hinweis:

Durch diese Verzichtserklärung wird das gesetzliche Widerrufsrecht nicht beeinträchtigt.