

Krankheitskostenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: Allianz Private Krankenversicherungs-AG,
Deutschland

Produkt: Tarif DP02

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die gewünschte Versicherung. Die Darstellung beschränkt sich auf die aus unserer Sicht wichtigsten Informationen.

Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Weitere Informationen erhalten Sie in den "Versicherungsinformationen".

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Bei dem vorliegenden Angebot handelt es sich um eine Krankenzusatzversicherung. Mit der Versicherung ersetzen wir medizinisch notwendige Kosten für die Behandlung bei Krankheit oder Unfall-Folgen.



Was ist versichert?

- ✓ Zahnersatz (z.B. Kronen)
- ✓ Inlays
- ✓ Implantologische Leistungen (z.B. Implantate)
- ✓ Fissurenversiegelung bis zum 21. Geburtstag
- ✓ Kieferorthopädie bis zum 21. Geburtstag



Was ist nicht versichert?

- ✗ Behandlung durch nahe Angehörige (z.B. Ehe- oder Lebenspartner)
- ✗ "Reha-Behandlungen", die die deutsche Rentenversicherung zahlt



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Höchstbeträge und Obergrenzen sowie unterschiedliche Erstattungsprozentsätze bei einzelnen Leistungen
- ! Teilweise Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich. Bei fehlender Vorleistung sind Abschläge möglich
- ! Bei bestimmten Leistungen ist unsere vorherige schriftliche Zusage nötig, damit wir die Kosten erstatten
- ! Gegebenenfalls sind Wartezeiten zu berücksichtigen



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht zeitlich unbegrenzt in ganz Europa und bis zu 2 Monate weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Die Fragen im Antrags müssen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.
- Auf Nachfrage müssen Sie uns alle erforderlichen Auskünfte zu Ihrem Leistungsanspruch geben.
- Eine weitere Krankenzusatzversicherung für Zahnersatz bei einem anderen Versicherer dürfen Sie nur mit unserer Einwilligung abschließen.



Wann und wie zahle ich?

- Der erste Beitrag ist zum Versicherungsbeginn zu zahlen. Die folgenden Beiträge sind jeweils am 1. eines Monats zu zahlen.
- Wir ziehen den Beitrag grundsätzlich per SEPA-Lastschrift ein.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz startet mit dem vereinbarten Beginn. Dieser steht auf dem Versicherungsschein. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Beitrag rechtzeitig und vollständig zahlen. Sonst beginnt der Versicherungsschutz erst mit der vollständigen Zahlung.
- Der Versicherungsvertrag ist unbefristet. Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Vertrages. Dies ist z.B. aufgrund von Kündigung, Verlust der Versicherungsfähigkeit oder Umzug in einen Staat außerhalb der EU oder des Europäischen Wirtschaftsraums der Fall.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Erstmals ist die Kündigung zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres möglich.
- Es bestehen außerdem für Sie Sonderkündigungsrechte. Diese bestehen z.B., wenn wir den Beitrag erhöhen.

Versicherungsinformationen (Ergänzung)

Ergänzende Informationen zum Produkt
Tarif DentalPlus (DP02)
vom Antragsdatum (gemäß Antrag unter Teil 3, „Unterschriften“)

für Versicherungsnehmer (gemäß Antrag unter Teil 1, „1. Antragsteller“)
und zu versichernde Person (gemäß Antrag unter „4. Zu versichernde Person“)

Nachfolgend erhalten Sie weitere Informationen zur gewünschten Versicherung. Diese ergänzen die „Versicherungsinformationen“ und sind nicht abschließend. Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich aus folgenden Unterlagen: dem Versicherungsantrag, dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen.

Wie hoch ist der Beitrag und wann muss dieser gezahlt werden?

Die Höhe Ihres Beitrags ist abhängig vom konkret gewählten Versicherungsschutz. Ist eine Risikoprüfung notwendig, kann sich der Beitrag je nach deren Ergebnis noch ändern. Für die gewünschte Versicherung ergeben sich folgende Daten:

| Monatlicher Beitrag | |
|-----------------------|---|
| Zu zahlender Beitrag: | gemäß Antrag unter Teil 1, „5. Tarife/Beiträge“ |

Wann beginnt die Versicherung und welche weiteren Kosten können anfallen?

Gewünschter Beginn der Versicherung ist der im Antrag genannte Termin (gemäß Antrag unter Teil 1, „2. Versicherungs-/Änderungsbeginn“). Der erste Beitrag ist zu diesem Zeitpunkt zu zahlen. Die weiteren Beiträge sind jeweils am 1. eines Monats fällig.

Der Versicherungsschutz beginnt in der Regel erst mit Eingang der Zahlung bei uns. Solange Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir vom Vertrag zurücktreten. Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Außerdem können wir den Vertrag unter bestimmten Voraussetzungen kündigen.

Wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, werden Sie von uns gemahnt. Hierfür erheben wir Mahnkosten in Höhe von mindestens 1,50 EUR.

Die genannten Folgen gelten nicht, wenn sich die Zahlung ohne Ihr Verschulden verzögert hat.

Versicherungsinformationen zur Privaten Kranken- und Pflegeversicherung

Nachfolgend erhalten Sie weitere wichtige Informationen zur gewünschten Versicherung. Sie sind nicht abschließend und können durch eine Risikoprüfung vor Vertragsschluss noch beeinflusst werden. Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich ausschließlich aus Ihrem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen.

Wer ist Ihr Vertragspartner?

Sie schließen den Versicherungsvertrag mit der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Königinstraße 28, 80802 München. Sitz der Gesellschaft ist München. Die Gesellschaft ist eingetragen beim Handelsregister München unter der Nummer HRB 2212. Die Namen der vertretungsberechtigten Vorstandsmitglieder werden in Ihrem Antrag und Ihrem Versicherungsschein genannt.

Wir sind ein Krankenversicherungsunternehmen und betreiben vor allem die Krankheitskostenvoll- und die Krankheitskostenteilversicherung. Wir sind Mitglied der Medicator-AG, Bayenthalgürtel 26 in 50968 Köln. Die Medicator-Versicherungsinformationen zur Privaten Kranken- und Pflegeversicherung AG ist der gesetzliche Sicherungsfonds für die private Krankenversicherung im Sinne der §§ 221 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz.

Wie kommt der Vertrag zustande und welches Recht gilt?

Der Vertrag kommt zustande, sobald wir Ihren Antrag angenommen haben. Die Annahme erklären wir in der Regel durch die Übersendung des Versicherungsscheins.

Sowohl für die Vertragsanbahnung als auch für die Durchführung des Versicherungsvertrages gilt deutsches Recht. Alle Vertragsunterlagen werden in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt. Auch die gesamte Kommunikation zu Ihrem Vertragsverhältnis erfolgt in deutscher Sprache.

Was gilt für das Widerrufsrecht?

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie

- den Versicherungsschein einschließlich der gesetzlich vorgeschriebenen Widerrufsbelehrung,
- die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und
- die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung, die Sie in diesen Versicherungsinformationen, den Vertragsbestimmungen sowie bei Verbrauchern im Produktinformationsblatt finden,

jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflicht gemäß § 312g Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin oder Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Königinstraße 28, 80802 München oder per Fax an 0800/4 40 01 03 (aus dem Ausland Fax 0049/89/2 07 00 29 13) oder per E-Mail an Krankenversicherung@allianz.de.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag des Versicherungsschutzes um folgenden Betrag: 1/30 des Monatsbeitrags.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Welche Laufzeit gilt für den Vertrag und wie kann dieser beendet werden?

Wie lange Ihr Vertrag läuft und wie Sie oder wir ihn beenden können, entnehmen Sie bitte Ihrem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten und den beigefügten Versicherungsbedingungen.



Versicherungsinformationen zur Privaten Kranken- und Pflegeversicherung

An wen können Beschwerden gerichtet werden?

Die Zufriedenheit unserer Kunden steht für uns im Mittelpunkt. Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte an Ihren Versicherungsvermittler oder auch gerne an uns. Dies gibt uns die Chance, für Sie eine Lösung zu finden und unseren Service zu optimieren.

Alternativ besteht für Sie auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann für Versicherungen durchzuführen (Anschrift: Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin; Website: www.versicherungsombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. Bitte beachten Sie, dass das Beschwerdeverfahren nur von Verbrauchern durchgeführt werden kann. Zudem darf der Beschwerdewert 100.000,- Euro nicht übersteigen. Sie brauchen die Entscheidung des Ombudsmanns, gleichgültig wie sie ausfällt, nicht zu akzeptieren. Ihnen steht immer noch der Weg zu den Gerichten offen. Entscheidet der Ombudsmann zu Ihren Gunsten, sind wir an diese Entscheidung gebunden, sofern der Beschwerdewert 10.000,- Euro nicht überschreitet. Bei Beschwerden über einen Versicherungsvermittler oder -berater können Sie sich unabhängig vom Beschwerdewert an den oben bezeichneten Ombudsmann wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen unverbindlichen Schlichtungsvorschlag.

Sofern Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag auf elektronischem Wege (z.B. über eine Website oder via E-Mail) geschlossen haben, können Sie für Ihre Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbeilegungsplattform (Website: ec.europa.eu/consumers/odr/) nutzen. Ihre Beschwerde wird von dort an den Ombudsmann für Versicherungen e.V. weitergeleitet.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Sektor Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Str.108, 53117 Bonn, Email: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht wenden.

Erklärungen und Hinweise zum Antrag (Tarif DP02)

Erklärungen zum Antrag

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgaben der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes bin ich einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt.

Hinweise zum Antrag

Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen werden Ihr Antrag, der Versicherungsschein, sowie die Ihnen übermittelten Versicherungsbedingungen. Haben Sie auf deren Übermittlung vor Antragsstellung verzichtet, erhalten Sie diese zusammen mit dem Versicherungsschein.

Widerrufsrecht

Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheines widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Aufgabe einer bestehenden Kranken- und/oder Pflegeversicherung

Die Aufgabe einer bestehenden Kranken- und/oder Pflegeversicherung zum Zweck 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.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Versicherung, Vorsorge und Vermögensbildung sind Vertrauenssache. Daher ist es für uns sehr wichtig, Ihre Persönlichkeitsrechte zu respektieren. Das gilt insbesondere für den Umgang mit Ihren persönlichen Daten.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die Allianz Private Krankenversicherungs-AG (im Folgenden „der Versicherer“), die Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
10870 Berlin
Telefon: 08 00.4 10 01 09
E-Mail: krankenversicherung@allianz.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (im Folgenden „Daten“) nicht möglich.

Beantragen Sie Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen gemachten Angaben und ggf. ergänzende Angaben Dritter, um das von uns zu übernehmende Risiko einschätzen zu können. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir Ihre Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Prüfung des fristgerechten Forderungsausgleichs. Kommt der Vertrag nicht zustande, speichern wir Ihre Gesundheitsdaten drei volle Kalenderjahre für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um den Eintritt und den Umfang des Versicherungsfalles, Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge sowie ggf. den Eintritt und die Abwicklung von Regressforderungen prüfen zu können. Die Daten nutzen wir weiterhin für eine Betrachtung und Pflege der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise für die Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder für umfassende Auskunftserteilungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Daten zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben, zur Geschäftssteuerung oder zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife und Produkte sowie zu deren Kalkulation.

Wir verarbeiten Ihre Daten aufgrund der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen der am 25.05.2018 wirksam werdenden EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die gesetzliche Anforderungen für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt für vorvertragliche Maßnahmen und zur Erfüllung Ihres Vertrages. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie Gesundheitsdaten, erforderlich sind, benötigen wir grundsätzlich Ihre Einwilligung, es sei denn, es liegen die Voraussetzungen eines gesetzlichen Tatbestandes vor, z.B. bei der Gesundheitsvorsorge oder der Erstellung von Statistiken.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, wenn es erforderlich ist, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere der Fall sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten insbesondere durch Datenanalysen zur Missbrauchsbekämpfung,
- für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Allianz Deutschland-Gruppe und deren Kooperationspartner. Dabei betrachten wir Aspekte, wie das von Ihnen bei uns gehaltene Produktportfolio und Ihre persönliche Situation, um Ihnen individuell passende Produktempfehlungen geben zu können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungs- und Nachweispflichten oder obliegender Beratungspflichten).

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler:

Der selbständige Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, mit welchem Inhalt der Vertrag geschlossen wurde und dabei auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Darüber hinaus übermitteln wir die zur Betreuung Ihrer Versicherungsverträge benötigten Daten an den zuständigen Vermittler, der diese zu Beratungszwecken verarbeitet.

Spezialisierte Unternehmen unserer Unternehmensgruppe sowie externe Dienstleister:

Spezialisierte Unternehmen unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen in gemeinsam nutzbaren Verfahren wahr. Daten von Antragstellern und Versicherten können in zentralisierten Verfahren wie Telefonate, Post, Inkasso von diesen Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden.

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten auch externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, sowie der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie der Übersicht in diesem Antrag sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter [www.allianz.de/datenschutz] entnehmen oder bei uns anfordern.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre Daten an weitere Empfänger übermitteln, z.B. an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten

Dauer der Datenspeicherung

Grundsätzlich löschen wir Ihre Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Wir bewahren Ihre Daten für die Zeit auf, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich, unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch sowie der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn volle Jahre.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten sowie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie können einer Verarbeitung Ihrer Daten zu Zwecken der Direktwerbung widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen.

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der oben genannten Adresse.

Daneben haben Sie die Möglichkeit, sich an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Behörde ist:
Das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht in Ansbach.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Soweit erforderlich, erheben wir Informationen nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir nach dem 25.05.2018 Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Diese können Sie dann im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen oder bei uns anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir bei der Nutzung von digitalen Antragsstrecken automatisiert etwa über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten (wie Krankenhäusern) hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir automatisiert über unsere Leistungspflicht. Die automatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Prüfung und Gewichtung der Informationen:

Bei der Nutzung von digitalen Antragsstrecken verwenden wir für die Risikoprüfung ein System zur Prüfung und Bewertung von Vorerkrankungen des Antragsstellers. Dabei ist das Ergebnis der Risikoprüfung auf das jeweilige Produkt (Voll-, Zusatzversicherung) abgestimmt, mit folgenden Prüfungsergebnissen:

- ohne Erschwernis oder
- mit Risikozuschlag oder
- mit Leistungsausschluss oder
- nicht versicherbar.

Unsere Annahmeentscheidungen sind auf ein statistisches Datenmodell gestützt, das kontinuierlich weiterentwickelt wird und die Basis unserer Risikoprüfung bildet.

Automatisierte Entscheidungen zu Ihren Ansprüchen auf Versicherungsleistungen basieren auf den mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen, wie dem Versicherungsvertrag und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie auf der Anwendung verbindlicher Entgeltregelungen, wie den gebührenrechtlichen Regelungen der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ), Heilpraktiker (GebüH) oder dem Krankenhausentgeltgesetz sowie der Bundespflegegesetzverordnung. Zur Prüfung des Umfangs Ihrer Leistungen berücksichtigen wir zudem die von uns zu Ihrer Person verarbeiteten Gesundheitsdaten.

**Produktinformationsblatt zur Privaten Krankenversicherung
Tarif DentalPlus (DP02)**

vom Antragsdatum

für Versicherungsnehmer
und zu versichernde Person

Diese Informationen geben Ihnen einen ersten Überblick über die gewünschte Versicherung. Sie sind nicht abschließend und können durch eine Risikoprüfung vor Vertragsschluss noch beeinflusst werden. Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich ausschließlich aus Ihrem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen.

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Das gewünschte Produkt ist eine Krankheitskostenversicherung:
Einzelversicherung
Tarif DentalPlus (DP02)

Grundlage sind die beigefügten Versicherungsbedingungen bestehend aus den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Spezial-Krankheitskosten-Versicherung, den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2), falls vereinbart, den Sonderbedingungen (Teil A Ziffer 3) und den Regelungen aus den Teilen B und C.

2. Welche Risiken sind versichert, welche sind nicht versichert?

Wir ersetzen im vertraglichen Umfang Aufwendungen für die medizinisch notwendige Heilbehandlung bei Krankheiten, Unfällen und anderen im Vertrag genannten Ereignissen. Näheres entnehmen Sie bitte Teil A Ziffer 1.1.1 und Ziffer 1.1.2.

Versichert ist:

der Ersatz von Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlung bis zu den Höchstsätzen der GOZ und GOÄ, z.B.:

- 100 % der erstattungsfähigen Gesamtkosten inklusive GKV-Vorleistung für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung nach § 55 SGB V, für die keine privat Zahnärztliche Vergütung berechnet wird;
- 75 % der erstattungsfähigen Gesamtkosten inklusive GKV-Vorleistung für Zahnersatz und Inlays für die über die Regelversorgung nach § 55 SGB V hinausgehende oder von dieser abweichenden Behandlung, wenn für die Behandlung zumindest teilweise eine privat Zahnärztliche Vergütung berechnet wird;
- Hat die GKV die Aufwendungen für Zahnersatz oder Inlays nicht bezuschusst, obwohl ein Anspruch auf Leistungen für Zahnersatz oder Inlays besteht, werden 75 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen abzüglich 40 Prozentpunkte ersetzt.
- 75 % der erstattungsfähigen Gesamtkosten für implantologische Leistungen;
- 75 % der erstattungsfähigen Gesamtkosten inklusive GKV-Vorleistung für Füllungen, 75 % der erstattungsfähigen Gesamtkosten, wenn die GKV nicht vorgeleistet hat. Hat die GKV die Aufwendungen für Füllungen nicht bezuschusst, obwohl ein Anspruch auf Leistungen für Füllungen besteht, werden 75 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen abzüglich 40 Prozentpunkte ersetzt;
- 75 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Kosten einer Parodontalbehandlung, abzüglich 40 Prozentpunkte, wenn die GKV nicht vorgeleistet hat;
- 75 % der erstattungsfähigen Gesamtkosten inklusive GKV-Vorleistung für Wurzelbehandlungen, 75 % wenn die GKV nicht vorgeleistet hat. Hat die GKV die Aufwendungen für Wurzelbehandlung nicht bezuschusst, obwohl ein Anspruch auf Leistungen für Wurzelbehandlung besteht, werden 75 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen abzüglich 40 Prozentpunkte ersetzt;
- 100 % der erstattungsfähigen Gesamtkosten für Prophylaxe (einschließlich professioneller Zahnreinigung und Fissurenversiegelung), bis zu 100 EUR pro versicherte Person und Versicherungsjahr;
- 75 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Gesamtkosten für Kieferorthopädie bis zum 21. Geburtstag, 75 % der Gesamtkosten, wenn die GKV nicht leistungspflichtig ist, maximal 2.000 EUR pro Versicherungsfall. Hat die GKV die Aufwendungen für Kieferorthopädie nicht bezuschusst, obwohl ein Anspruch auf Leistungen für Kieferorthopädie besteht, werden 75 % der erstattungsfähigen Gesamtkosten abzüglich 40 Prozentpunkte ersetzt. Die GKV ist insbesondere bei der Einstufung in eine der Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3 bis 5 leistungspflichtig;
- 75 % der erstattungsfähigen Gesamtkosten inklusive GKV-Vorleistung für Kieferorthopädie (auch für Personen, die älter als 20 Jahre sind) bei Unfall und schwerer Erkrankung. Hat die GKV die Aufwendungen für Kieferorthopädie bei Unfall oder schwerer Erkrankung nicht bezuschusst, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Erstattungshöchstbeträge: 800 EUR während der ersten 12 Monate; 1.600 EUR während der ersten 24 Monate; 2.400 EUR während der ersten 36 Monate; 3.200 EUR während der ersten 48 Monate. Weitere Leistungen und Näheres zu o.g. Informationen entnehmen Sie bitte Teil A Ziffer 2.2.

Der Geltungsbereich erstreckt sich auf Europa und in zeitlich begrenztem Umfang auch auf außereuropäisches Ausland (siehe Teil A Ziffer 1.1.6, Ziffer 1.1.7 und Ziffer 2.2.3).

Produktinformationsblatt zur Privaten Krankenversicherung Tarif DentalPlus (DP02)

Nicht versichert ist z.B.:

- der Ersatz von Aufwendungen für funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich Aufbissbehelfe und Schienen, die nicht im Zusammenhang mit der Herstellung von Zahnersatz anfallen;
- der Ersatz von Aufwendungen für im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen stehenden Material- und Laborkosten, die mit den Gebühren der GOZ oder mit den Leistungen abgegolten sind, die im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung berechnet werden.

3. Wie hoch ist der Beitrag, wann muss dieser gezahlt werden und welche Kosten fallen an?

Die Höhe Ihres Beitrags ist abhängig vom konkret gewählten Versicherungsschutz und der Zahlungsweise und kann sich je nach Ergebnis einer Risikoprüfung vor Vertragsabschluss noch ändern. Für die gewünschte Versicherung ergibt sich der zu zahlende monatliche Beitrag aus der Beitragstabelle.

Die Versicherung soll wunschgemäß zum vereinbarten Termin beginnen. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Beginn der Versicherung. Die weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind grundsätzlich jeweils am 1. eines Monats fällig.

Zahlen Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, beginnt der Versicherungsschutz in der Regel erst mit Eingang der verspäteten Zahlung bei uns. Außerdem können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie den ersten Beitrag nicht gezahlt haben. Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Außerdem können wir den Vertrag unter bestimmten Voraussetzungen kündigen.

Sollten Sie einen Erst- oder Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen und werden Sie von uns gemahnt, erheben wir Mahnkosten in Höhe von mindestens 1,50 EUR.

Die beschriebenen Rechtsfolgen treten nicht ein, wenn sich die Zahlung ohne Ihr Verschulden verzögert hat.

Näheres entnehmen Sie bitte Teil A Ziffer 1.6, Teil B Ziffern 2.1 bis 2.3 und Teil C Ziffer 1 Absatz 1.

Der Tarif ist ohne Bildung von Alterungsrückstellungen kalkuliert. Nach Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person 21, 41, 46, 51, 56 oder 61 Jahre alt geworden ist, müssen Sie den Beitrag zahlen, der im Tarif für die nächst höhere Altersstufe vorgesehen ist (siehe Teil A Ziffer 2.6).

4. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Nicht alle Sachverhalte sind vom Versicherungsschutz umfasst. Beispielsweise ist unsere Leistungspflicht in folgenden Fällen ausgeschlossen:

- Behandlungen durch Ehegatten, Kinder oder Eltern (ausgenommen Sachkosten).

Dies ist keine abschließende Darstellung. Weitere Ausschlüsse können sich insbesondere aus Teil A Ziffer 2.3 ergeben. Stehen einzelne Leistungen unter dem Vorbehalt unserer vorherigen schriftlichen Zusage, besteht ohne diese Zusage keine Leistungspflicht (siehe z.B. Teil A Ziffer 2.2.1.3).

5. Welche Pflichten sind bei Vertragsschluss zu beachten und welche Folgen hat deren Nichtbeachtung?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Verletzen Sie diese Verpflichtung, kann dies schwerwiegende Konsequenzen für Ihren Versicherungsschutz haben. Unter bestimmten Voraussetzungen können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten, leistungsfrei sein, den Vertrag kündigen, wegen arglistiger Täuschung anfechten oder auch berechtigt sein, den Vertrag zu ändern.

Näheres entnehmen Sie bitte Teil B Ziffer 1. Lesen Sie dazu bitte auch die "Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz".

6. Welche Pflichten sind während der Vertragslaufzeit zu beachten und welche Folgen hat deren Nichtbeachtung?

Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer eine weitere Krankheitskosten-Versicherung mit Anspruch auf Aufwendungsersatz für zahnärztliche Leistungen (Zahnbehandlung oder Zahnersatz) abgeschlossen wird (siehe Teil A Ziffer 2.4).

Auch eine Verletzung dieser Verpflichtung kann schwerwiegende Konsequenzen für Ihren Versicherungsschutz haben. Welche Rechte wir geltend machen können, hängt davon ab, welche Pflichten Sie im konkreten Fall verletzt haben und inwieweit Sie dies zu vertreten haben. Unter bestimmten Voraussetzungen können wir z.B. teilweise oder vollständig leistungsfrei sein, den Vertrag kündigen oder auch berechtigt sein, den Vertrag zu ändern. Näheres entnehmen Sie bitte Teil B Ziffer 3.

**Produktinformationsblatt zur Privaten Krankenversicherung
Tarif DentalPlus (DP02)**

7. Welche Pflichten sind im Versicherungsfall zu beachten und welche Folgen hat deren Nichtbeachtung?

Ist ein Versicherungsfall eingetreten, haben Sie oder die versicherte Person insbesondere:

- sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen;
- einen Ersatz- oder Rückzahlungsanspruch, der gegen einen Dritten besteht, zu wahren, an uns abzutreten bzw. zu übertragen und uns, soweit erforderlich, bei dessen Durchsetzung zu unterstützen.

Näheres zu den Genannten sowie weitere vertragliche Pflichten und Obliegenheiten, die nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen sind, ergeben sich z.B. aus Teil A Ziffer 1.3.1, Ziffer 1.3.4 Absatz 2 und Ziffer 1.4 Absatz 2.

Verletzen Sie diese Verpflichtungen, können wir unter bestimmten Voraussetzungen teilweise oder vollständig leistungsfrei sein. Näheres entnehmen Sie bitte Teil A Ziffer 1.3.4 Absatz 3 und Teil B Ziffer 3.

8. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz soll zum vereinbarten Termin beginnen. Voraussetzung dafür ist der Vertragsschluss und die rechtzeitige Zahlung des ersten Beitrags sowie der Ablauf der vereinbarten Wartezeiten falls solche vorgesehen sind.

Der Versicherungsvertrag ist unbefristet. Grundsätzlich endet der Versicherungsschutz mit der Beendigung des Versicherungsvertrages (siehe Teil A Ziffer 1.1.8), z.B. aufgrund Kündigung oder Verlust der Versicherungsfähigkeit.

9. Wie kann der Vertrag beendet werden?

Grundsätzlich gilt eine Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren (siehe Teil A Ziffer 1.9.1 Absatz 1). Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens jedoch zum Ablauf der Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen (siehe Teil A Ziffer 1.9.3 Absatz 2).

Es bestehen außerdem für Sie Sonderkündigungsrechte, z.B. wenn wir nach unseren Versicherungsbedingungen den Beitrag erhöhen. Näheres zu den Kündigungsgründen und Wirksamkeitsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte Teil A Ziffer 1.9.3.

Beitragstabellen

Die Beiträge im Überblick (monatlich in EUR):

| Beiträge Tarif DentalPlus(DP02) | |
|--|--------------|
| Eintrittsalter | Tarifbeitrag |
| 0-20 | 12,11 EURO |
| 21-40 | 14,68 EURO |
| 41-45 | 20,71 EURO |
| 45-50 | 23,52 EURO |
| 51-55 | 25,92 EURO |
| 56-60 | 28,43 EURO |
| Ab 61 | 29,98 EURO |

**Produktinformationsblatt zur Privaten Krankenversicherung
Tarif DentalPlus (DP02)**

| Tarif | Zuschlag je fehlendem Zahn |
|------------|-------------------------------|
| DentalPlus | 3,40 EUR |

Beitragsbeispiel

Sie sind am 29.12.1983 geboren und wollen den Tarif DentalPlus zum 01.03. 2016 abschließen.
Sie sind zum gewünschten Versicherungsbeginn 32 Jahre alt (= bis vollendetes 33. Lebensjahr):
Der Monatsbeitrag beträgt 14,68 EUR.

Versicherungsinformationen zur Privaten Kranken- und Pflegeversicherung

Nachfolgend erhalten Sie weitere wichtige Informationen zur gewünschten Versicherung. Sie sind nicht abschließend. Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich ausschließlich aus Ihrem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen.

Wer ist Ihr Vertragspartner?

Sie schließen den Versicherungsvertrag mit der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Königinstraße 28, 80802 München. Sitz der Gesellschaft ist München. Die Gesellschaft ist eingetragen beim Handelsregister München unter der Nummer HRB 2212. Die Namen der vertretungsberechtigten Vorstandsmitglieder werden in Ihrem Antrag und Ihrem Versicherungsschein genannt.

Wir sind ein Krankenversicherungsunternehmen und betreiben vor allem die Krankheitskostenvoll- und die Krankheitskostenteilversicherung. Wir sind Mitglied der Medicator-AG, Bayenthalgürtel 26 in 50968 Köln. Die Medicator-AG ist der gesetzliche Sicherungsfonds für die private Krankenversicherung im Sinne der §§ 221 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz.

Wie kommt der Vertrag zustande und welches Recht gilt?

Der Vertrag kommt zustande, sobald wir Ihren Antrag angenommen haben. Die Annahme erklären wir in der Regel durch die Übersendung des Versicherungsscheins. Sowohl für die Vertragsanbahnung als auch für die Durchführung des Versicherungsvertrages gilt deutsches Recht. Alle Vertragsunterlagen werden in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt. Auch die gesamte Kommunikation zu Ihrem Vertragsverhältnis erfolgt in deutscher Sprache.

Was gilt für das Widerrufsrecht?

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie

- den Versicherungsschein einschließlich der gesetzlich vorgeschriebenen Widerrufsbelehrung,
- die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und
- die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung, die Sie in diesen Versicherungsinformationen, den Vertragsbestimmungen sowie bei Verbrauchern im Produktinformationsblatt finden,

jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin oder Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Königinstraße 28, 80802 München oder per Fax an 0800/4 400 103 (aus dem Ausland Fax 0049/89/207002913) oder per E-Mail an Krankenversicherung@Allianz.de.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir nach dem Gesetz in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag des Versicherungsschutzes je nach gewünschter Zahlungsperiode um folgenden Betrag: 1/30 des Monatsbeitrags, 1/90 des vierteljährlichen Beitrags, 1/180 des halbjährlichen Beitrags bzw. 1/360 des Jahresbeitrags. Die Zahlungsperiode sowie den Versicherungsbeitrag können Sie dem Antrag sowie dem Versicherungsschein entnehmen. Wir erstatten Ihnen jedoch auch diesen Teil der Beiträge für das erste Jahr des Versicherungsschutzes, wenn keine Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen wurden.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Welche Laufzeit gilt für den Vertrag und wie kann dieser beendet werden?

Wie lange Ihr Vertrag läuft und wie Sie oder wir ihn beenden können, entnehmen Sie bitte Ihrem Produktinformationsblatt und den beigefügten Versicherungsbedingungen.

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

An wen können Beschwerden gerichtet werden?

Die Zufriedenheit unserer Kunden steht für uns im Mittelpunkt. Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte an Ihren Versicherungsvermittler oder auch gerne an uns. Dies gibt uns die Chance, für Sie eine Lösung zu finden und unseren Service zu optimieren.

Alternativ besteht für Sie auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin; Webseite: www.pkv-ombudsmann.de) Der PKV-Ombudsmann ist ein außergerichtlicher Streitschlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. An ihn können sich Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Nicht zuständig ist der Ombudsmann für allgemeine Anfragen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung oder wenn die gleiche Streitfrage bereits vor einem Gericht, einer anderen Schiedsstelle oder einer sonstigen Einrichtung, die sich mit der Bearbeitung von Verbraucherbeschwerden befasst (z.B. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht) behandelt wird oder wurde. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen unverbindlichen Schlichtungsvorschlag.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Sektor Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Str.108, 53117 Bonn, Email: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht wenden.

Erklärungen und Hinweise zum Antrag (Tarif:DP02)

Erklärungen zum Antrag

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgaben der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes bin ich einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt.

Zusätzliche Erklärung bei Antrag und Abschluss einer Krankentagegeldversicherung:

Ich bestätige, 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.

Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen werden Ihr Antrag, der Versicherungsschein, sowie die Ihnen übermittelten Versicherungsbedingungen. Haben Sie auf deren Übermittlung vor Antragsstellung verzichtet, erhalten Sie diese zusammen mit dem Versicherungsschein.

Erklärungen und Hinweise zum Antrag

Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheines widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Aufgabe einer bestehenden Kranken- und/oder Pflegeversicherung

Die Aufgabe einer bestehenden Kranken- und/oder Pflegeversicherung zum Zweck 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.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. So können Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z.B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von den Unternehmen der Allianz Deutschland-Gruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.

Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen besteht. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gerne einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an die Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 09 oder an krankenversicherung@allianz.de

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berechtigung Ihre Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Dies Rechte können Sie geltend machen bei der Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin.

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Allianz Deutschland-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.