

## Antrag auf Allianz „Meine Gesundheitsversicherung“

Vom Makler zu befüllen (in Blockbuchstaben)

Gruppenname/ Dienstgeber	Flotten-Nr.	Werber-Name	Werber-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Akad. Grad:	Staatsbürgerschaft:
Geburtsdatum:		Sozial-Vers.-Nummer:
Vorname:	Familienname:	
Beruf:	Straße:	
PLZ:	Ort:	Land:
Telefon:	E-Mail:	

zu versichernde Personen

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Vorname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsbürgerschaft:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Beruf:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wohnsitzbundesland:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Krankenkasse:</b>	<input type="checkbox"/> ÖGK <input type="checkbox"/> BVAEB <input type="checkbox"/> SVS Bauern <input type="checkbox"/> SVS Geldleistung <input type="checkbox"/> SVS Sachleistung <input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> ÖGK <input type="checkbox"/> BVAEB <input type="checkbox"/> SVS Bauern <input type="checkbox"/> SVS Geldleistung <input type="checkbox"/> SVS Sachleistung <input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> ÖGK <input type="checkbox"/> BVAEB <input type="checkbox"/> SVS Bauern <input type="checkbox"/> SVS Geldleistung <input type="checkbox"/> SVS Sachleistung <input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> ÖGK <input type="checkbox"/> BVAEB <input type="checkbox"/> SVS Bauern <input type="checkbox"/> SVS Geldleistung <input type="checkbox"/> SVS Sachleistung <input type="checkbox"/> Sonstige:
<b>Paket Sonderklasse:</b>	<input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Extra <input type="checkbox"/> Max	<input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Extra <input type="checkbox"/> Max	<input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Extra <input type="checkbox"/> Max	<input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Extra <input type="checkbox"/> Max
<b>PrämienBonus 65</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Paket Wahlarzt:</b>	<input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Extra <input type="checkbox"/> Max	<input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Extra <input type="checkbox"/> Max	<input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Extra <input type="checkbox"/> Max	<input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Extra <input type="checkbox"/> Max
<b>Mein Tagegeld:</b>	<input type="checkbox"/> Tarifstufe 20 <input type="checkbox"/> Tarifstufe 50 <input type="checkbox"/> Tarifstufe 75	<input type="checkbox"/> Tarifstufe 20 <input type="checkbox"/> Tarifstufe 50 <input type="checkbox"/> Tarifstufe 75	<input type="checkbox"/> Tarifstufe 20 <input type="checkbox"/> Tarifstufe 50 <input type="checkbox"/> Tarifstufe 75	<input type="checkbox"/> Tarifstufe 20 <input type="checkbox"/> Tarifstufe 50 <input type="checkbox"/> Tarifstufe 75
<b>Meine Reise-Assistance:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
<b>Meine Energieladung:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja

Der PrämienBonus 65 kann nur von Personen ab 19 Jahren abgeschlossen und in Kombination mit einem Sonderklasse Extra oder Max Paket abgeschlossen werden. Maximales Eintrittsalter: 55 Jahre. Die Kinderprämie gilt bis zum 1. Juli des Jahres, in dem das 19. Lebensjahr vollendet wird.

Monatsprämie

<b>Monatsprämie inkl. Versicherungssteuer</b>	€	€	€	€
---	---	---	---	---

Vertragsdaten

Versicherungsbeginn: 01.	Prämienzahlweise: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4-jährlich <input type="checkbox"/> 1/2-jährlich <input type="checkbox"/> jährlich
Gesamtprämie lt. Zahlweise inkl. Versicherungssteuer	€ Nach dem Polizieren kann die Prämie im Cent-Bereich abweichen.

**Versicherungsbeginn:** Erfolgt die Beantragung innerhalb der ersten 15 Tage eines Monats ist eine Rückdatierung zum 01. des jeweiligen Monats möglich. Ab dem 15. Tag zählt bereits der 01. des darauffolgenden Monats als Versicherungsbeginn.

**Geltende Bedingungen:** Meine Gesundheitsversicherung – Einfach Erklärt. Stand Jänner 2022 Abschnitt 2 „Produktbeschreibung – Versicherungsbedingungen“ und Abschnitt 6 „Anhänge“

**Ihre geltenden Versicherungsbedingungen stehen Ihnen unter [www.allianz.at/bedingungen](http://www.allianz.at/bedingungen) sowie in Ihrem Kundenportal zum Download zur Verfügung. Sie können diese auch unter den angeführten Kontaktdaten anfordern.**

Vertrag auf unbestimmte Zeit. Der Antragsteller verzichtet für die Dauer von 2 Jahren auf sein Kündigungsrecht. Das heißt, dass die Versicherung erstmals zum Ende des 3. Versicherungsjahres gekündigt werden kann. Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate.



**Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift des Arztes an, der am besten über Ihren Gesundheitszustand Auskunft geben kann.**

Name, Fachrichtung und Anschrift des Arztes:

**Zur Erreichbarkeit:** Wann und wie sind Sie am besten für Rückfragen unserer Antragsprüfer zu erreichen?

Tag: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben der zu versichernden Personen

A. Kinder 0–2 Jahre	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
1. Es liegt eine Frühgeburt vor der vollendeten 32. Schwangerschaftswoche vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehen Fehlbildungen, Deformitäten, Syndromkrankheiten, Erbkrankheiten, Stoffwechselkrankheiten und/oder Chromosomenanomalien (ausgenommen: Fußfehlstellungen, unreife Hüften, Nierenbeckenverengungen, PFO = persistierendes Foramen ovale).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Es wurde vor Antragstellung eine Krebserkrankung (betrifft alle Organsysteme und Gewebe) und/oder ein gutartiger Tumor des zentralen Nervensystems (betrifft Gehirn, Rückenmark, Nerven) diagnostiziert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Zum Zeitpunkt der Antragstellung liegen Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, des Rückenmarks, der Nerven oder der Sinnesorgane (Hörorgan, Gleichgewichtsorgan, Sehorgan / ausgenommen Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien) vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Zum Zeitpunkt der Antragstellung ist eine Leistungsanspruchnahme von Krankenhäusern, Tageskliniken, Ambulanzen, Ärzten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, klinischen Psychologen, Psychotherapeuten oder anderen Therapeuten wegen Untersuchungen, Behandlungen oder Kontrollen empfohlen, bereits geplant oder es werden noch ausstehende Untersuchungsergebnisse abgewartet. (ausgenommen: Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Sportuntersuchungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

B. Kinder 3–18 Jahre	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
1. Zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehen Fehlbildungen, Deformitäten, Syndromkrankheiten, Erbkrankheiten und/oder Chromosomenanomalien.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Es wurde in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung eine Krebserkrankung (betrifft alle Organsysteme und Gewebe inkl. Metastasen und Lymphknotenbefall) und/oder ein gutartiger Tumor des zentralen Nervensystems (betrifft Gehirn, Rückenmark, Nerven) diagnostiziert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Zum Zeitpunkt der Antragstellung liegen chronische oder wiederkehrende Erkrankungen vor, die mit einer Medikamenteneinnahme, und/oder einer therapeutischen Betreuung (Untersuchung, Behandlung oder Kontrolle) einhergehen (ausgenommen: Allergien, Neurodermitis, Bronchitis).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Zum Zeitpunkt der Antragstellung liegen Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, des Rückenmarks, der Nerven oder der Sinnesorgane (Hörorgan, Gleichgewichtsorgan, Sehorgan / ausgenommen Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien) vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Es wurden in den letzten 3 Jahren psychische Erkrankungen (inkl. Suchtkrankheiten infolge von Alkohol-, Drogen-, Medikamentenmissbrauch) oder Verhaltens- und Entwicklungsstörungen (z.B. ADHS, Autismus, Essstörungen) diagnostiziert und/oder behandelt bzw. bestanden und/oder bestehen diesbezügliche Beschwerden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Zum Zeitpunkt der Antragstellung ist eine Leistungsanspruchnahme von Krankenhäusern, Tageskliniken, Ambulanzen, Ärzten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, klinischen Psychologen, Psychotherapeuten oder anderen Therapeuten wegen Untersuchungen, Behandlungen oder Kontrollen empfohlen, bereits geplant oder es werden noch ausstehende Untersuchungsergebnisse abgewartet. (ausgenommen: Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Sportuntersuchungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

C. Personen 19–40 Jahre	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
1. Zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehen Fehlbildungen, Deformitäten, Syndromkrankheiten, Erbkrankheiten und/oder Chromosomenanomalien.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Es wurde in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung eine Krebserkrankung (betrifft alle Organsysteme und Gewebe inkl. Metastasen und Lymphknotenbefall) und/oder ein gutartiger Tumor des zentralen Nervensystems (betrifft Gehirn, Rückenmark, Nerven) diagnostiziert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Zum Zeitpunkt der Antragstellung liegen chronische oder wiederkehrende Erkrankungen vor, die mit einer Medikamenteneinnahme, und/oder einer therapeutischen Betreuung (Untersuchung, Behandlung oder Kontrolle) einhergehen (ausgenommen: Allergien).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## ANGABEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSONEN

C.	Personen 19–40 Jahre	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
4.	Zum Zeitpunkt der Antragstellung liegen Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, des Rückenmarks, der Nerven oder der Sinnesorgane (Hörorgan, Gleichgewichtsorgan, Sehorgan / ausgenommen Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien) vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.	Es wurden in den letzten 3 Jahren psychische Erkrankungen (inkl. Suchtkrankheiten infolge von Alkohol-, Drogen-, Medikamentenmissbrauch) oder Verhaltens- und Entwicklungsstörungen (z.B. ADHS, Autismus, Essstörungen) diagnostiziert und/oder behandelt bzw. bestanden und/oder bestehen diesbezügliche Beschwerden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.	Zum Zeitpunkt der Antragstellung ist eine Leistungsanspruchnahme von Krankenhäusern, Tageskliniken, Ambulanzen, Ärzten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, klinischen Psychologen, Psychotherapeuten oder anderen Therapeuten zu Untersuchungen, Behandlungen und Kontrollen empfohlen, bereits geplant oder es werden noch ausstehende Untersuchungsergebnisse abgewartet. (ausgenommen: Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Sportuntersuchungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.	Zum Zeitpunkt der Antragstellung besteht eine Adipositas (starkes Übergewicht) mit einem Body-Maß-Index (BMI) der größer als 30 kg/m <sup>2</sup> ist. (BMI-Berechnung: Körpergewicht in Kilogramm dividiert durch Körpergröße in Meter zum Quadrat = kg/m <sup>2</sup> ; Bsp.: 72kg/(1,80m x 1,80m) = 22,22 kg/m <sup>2</sup> ).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.	Zum Zeitpunkt der Antragstellung wird Profi-, Leistungs- bzw. Berufssport betrieben. Darunter wird die regelmäßige aktive Teilnahme an Staatsmeisterschaften (im Ballsport: Fußball 1. und 2. Liga; alle anderen Sportarten oberste Spielklasse) oder internationalen Wettbewerben verstanden. Bei Extremsportarten ist auch eine hobbymäßige Ausübung anzugeben.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

D.	Personen ab 40 Jahre und Personen ohne Sozialversicherung in Österreich	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
1.	Besteht / Bestand eine private Krankenversicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen bzw. wurde eine beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.	Betreiben Sie hauptberuflich Sport bzw. erzielen Sie Ihren Lebensunterhalt überwiegend aus einer sportlichen Betätigung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.	Bitte geben Sie Ihre Körpergröße in cm und Ihr Gewicht in kg an:				
4.	Bestehen bzw. bestanden dauerhafte, wiederkehrende oder behandlungsbedürftige Krankheiten, Störungen, Anomalien oder Beschwerden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.	Bestehen oder bestanden Krankheiten, Störungen, Anomalien oder Beschwerden des Herzens, Kreislaufes, Blutes oder der Blutgefäße? z.B. Herz- und Gefäßfehlbildungen (z.B. Vorhofseptumdefekt, Ventrikelseptumdefekt), Herzklappen-erkrankungen, Herzrhythmusstörungen, Kardiomyopathien, Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Schmerzen in der Herzgegend (Angina pectoris), Herzschwäche (Herzinsuffizienz), koronare Herz-krankheit, Herzinfarkt, Schlaganfall, Lungenembolie, periphere arterielle Verschlusskrankheit (paV), Schaufensterkrankheit, Gefäßverengung, Arterienverkalkung (Atherosklerose), Gefäßsaussackung (Aneurysma), Gefäßthrombose, Blutschwamm (Hämangiom, Kavernom), Raynaud-Syndrom, Venenern-zündung (Thrombophlebitis), Krampfadern (Varizen), Hämorrhoiden, Lymphödem, Lipödem, Anämien, Erkrankungen der Blutplättchen, Gerinnungsstörungen (z.B. Hämophilie, APC-Resistenz, Faktor-V-Lei- den, von-Willebrand-Syndrom), Leukämien, Lymphome, Multiples Myelom, Erkrankungen der Milz etc.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.	Bestehen oder bestanden Krankheiten, Störungen, Anomalien oder Beschwerden der Atmungsorgane? z.B. Nasensecheidewandverkrümmung (Septumdeviation), Nasenmuschelvergrößerung (Hypertrophie, Hyperplasie), Nasenpolypen, chronische Nasennebenhöhlenentzündung (Sinusitis), chronische Bronchitis, Lungentzündung, Asthma bronchiale, Lungemphysem, COPD etc.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.	Bestehen oder bestanden Krankheiten, Störungen, Anomalien oder Beschwerden der Mundhöhle oder der Verdauungsorgane? z.B. Mundhöhlenerkrankungen, Speicheldrüsenerkrankungen, Kiefererkrankungen (z.B. Kieferfeh- stellungen, Kieferzysten), Refluxkrankheit (Speiseröhre, Magen), Gastritis, Bruchleiden (Nabelbruch, Leistenbruch), Zöliakie, Darmerkrankungen (z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Divertikulose), Erkrankungen der Gallenblase (z.B. Gallensteine), Gallengänge, Leber (z.B. Hämochromatose, Fettleber) oder Bauchspeicheldrüse (z.B. Pankreatitis) etc.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.	Bestehen oder bestanden Krankheiten, Störungen, Anomalien oder Beschwerden der Gelenke oder des Bewegungsapparates? z.B. Wirbelsäulenbeschwerden (z.B. chron. Rückenschmerzen, Nackenschmerzen, Bandscheibenvor- fall), Wirbelsäulenfehlstellungen (z.B. Skoliose), Kniegelenksbeschwerden, Hüftgelenksbeschwerden, Schultergelenksbeschwerden, Hallux valgus, Tennisellbogen (Epicondylitis), chron. Polyarthrit (Ge- lenksrheumatismus), Morbus Bechterew, Osteoporose, Muskelerkrankungen, Lupus erythematodes etc.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9.	Bestehen oder bestanden Krankheiten, Störungen, Anomalien oder Beschwerden der Nieren, der Harn- oder Geschlechtsorgane? z.B. Nierenerkrankungen, Häufige Harnwegsinfekte, Nierenbeckenerweiterung, chronische Ham- stauung, Harnleiterverengung, Rückfluss von Harn aus der Blase (vesiko-uretero-renal Reflux, VUR), Überaktive Blase, Wasserbruch (Hydrozele), Prostataerkrankungen, Erkrankungen der Eierstöcke, des Eileiters oder der Gebärmutter (z.B. Ovarialzysten, Gebärmuttermyome, krankhafte PAP-Abstriche), Mastopathie, Erkrankungen der Brustdrüse (z.B. Knoten in der Brustdrüse), Brustimplantate, Endo- metriose, Menstruationsstörungen, Sterilität etc.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## ANGABEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSONEN

D.	Personen ab 40 Jahre und Personen ohne Sozialversicherung in Österreich	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
10.	Bestehen oder bestanden Krankheiten, Störungen, Anomalien oder Beschwerden der Drüsen und des Stoffwechsels? z.B. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), zystische Fibrose (Mukoviszidose), Störungen des Elektrolyt-haushaltes (z.B.: Natrium, Kalium, Kalzium), Gicht, Schilddrüsenerkrankungen, Operationen aufgrund krankhaften Übergewichts (z.B.: Magenband, Magenbypass) etc.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11.	Bestehen oder bestanden Krankheiten, Störungen, Anomalien oder Beschwerden des Gehirns, Rückenmarks, Nervensystems, der Sinnesorgane, der Haut oder der Psyche? z.B. Intrakranielle Blutungen, Epilepsien, Gehirnzysten, Gehirnhautentzündungen (Meningitis), Hirntumore (z.B. Glioblastom), chronische Kopfschmerzen, Migräne, Multiple Sklerose, Chorea Huntington, Parkinson-Krankheit, Alzheimer-Krankheit, Tremor, obstruktives Schnarchen (Schlafapnoe-Syndrom), Facialisparese, Trigeminalneuralgie, Karpaltunnelsyndrom, Nerventumoren (z.B. Akustikusneurinom), Polyneuropathien, Myasthenia gravis, Lähmungen, Schulpflider (Blepharochalasis), hängendes Lid (Ptose), chron. Bindehautentzündung, Tränengangsverengung, Linsenfehlbildungen, grüner Star (Glaukom), grauer Star (Katarakt), schwere Fehlsichtigkeit (> 10 Dioptrien), Schielen (Strabismus), Netzhauterkrankungen, Entzündungen des Sehnervs, Schwerhörigkeit, Mittelohrentzündung (Otitis media), Tinnitus, Cholesteatom, Morbus Menière, Lagerungsschwindel, Gleichgewichtsstörungen, Hörsturz, Neurodermitis (atopisches Ekzem, atopische Dermatitis), Lipome, Hautanhängsel, Warzen, Feuermale, Steißbeinfistel (Sakraldermoid, Sinus pilonidalis), Melanome, Basaliome, Hautabszesse, Schuppenflechte (Psoriasis), hängende Haut nach starker Gewichtsreduktion, affektive Störungen (z.B. Depressionen, Manien, bipolare Störungen), Psychosen (z.B. Schizophrenien), Angst- und Panikstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Burn-Out, Essstörungen, Schlafstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Autismus etc.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12.	Bestehen oder bestanden Infektionskrankheiten? z.B. HIV (AIDS), Hepatitis, FSME, Borreliose, Tuberkulose, Erysipel, Feigwarzen, Gürtelrose, Epstein-Barr-Virus-Infektion (Mononukleose, Pfeiffersches Drüsenfieber) etc.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13.	Bestehen oder bestanden sonstige Krankheiten, Störungen, Anomalien oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde? z.B. Chromosomenkrankheiten (z.B. Trisomien, Monosomien), chronische Schmerzen, behandlungsbedürftige Allergien, Autoimmunerkrankungen, Erkrankungen des Lymphsystems (Lymphknoten, Lymphgefäße, Lymphabflussstörungen), Sarkoidose etc.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14.	Sind Unfälle oder Verletzungen aufgetreten, die zu dauerhaften, wiederkehrenden bzw. behandlungsbedürftigen Krankheiten, Störungen, Anomalien oder Beschwerden geführt haben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15.	Gab es in den letzten 5 Jahren Krankenhausaufenthalte bzw. wurden Operationen, diagnostische Maßnahmen, Therapien, regelmäßige ärztliche Behandlungen oder Kontrollen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16.	Sind zum Zeitpunkt der Antragstellung Krankenhausaufenthalte, Operationen, Therapien, regelmäßige ärztliche Behandlungen, Untersuchungen oder Kontrollen (ausgenommen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen bzw. -Kontrollen) geplant oder angedacht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17.	Besteht zum Zeitpunkt der Antragstellung eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Genauere Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen

In Blockbuchstaben ausfüllen

Person	Zu Frage Nr.	Genauere Bezeichnung der Erkrankung, Störung, Anomalie oder Unfallfolge sowie der Behandlungsart (Medikamente, Operationen, Bestrahlungen)	Behandlungsdauer von/bis	Krankenhaus oder behandelnder Arzt	ausgeheilt
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vorhandene Befunde bitte in Kopie beilegen.

## Genauere Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen

Person	Zu Frage Nr.	Genauere Bezeichnung der Erkrankung, Störung, Anomalie oder Unfallfolge sowie der Behandlungsart (Medikamente, Operationen, Bestrahlungen)	Behandlungsdauer von/bis	Krankenhaus oder behandelnder Arzt	ausgeheilt
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vorhandene Befunde bitte in Kopie beilegen.

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG – SEPA LASTSCHRIFTMANDAT

**Zahlungsempfänger:** Allianz Elementar Versicherungs-Aktiengesellschaft, Hietzinger Kai 101–105, 1130 Wien  
**Creditor-ID:** AT25AEV00000004433

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Allianz Elementar Versicherungs-Aktiengesellschaft, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Allianz Elementar Versicherungs-Aktiengesellschaft auf mein/unser Konto einzuziehenden SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Eine Lastschrift muss dem Zahlungspflichtigen angekündigt werden (Pre-Notification). Ich stimme zu, dass die 14-tägige Frist für die Vorabinformation (Pre-Notification) auf 5 Tage vor Belastung des Kontos verkürzt wird.

Kontoinhaber Name: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Einzugsermächtigung (in Blockbuchstaben)

Vorvertragliche Anzeigepflicht

## Vorvertragliche Anzeigepflicht

**Unrichtige oder unvollständige Angaben können zum Rücktritt des Versicherers vom Versicherungsvertrag und zu Leistungsfreiheit führen.**

**Bitte beachten Sie daher die folgenden Hinweise:**

Alle Antragsteller und zu versichernden Personen sind gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, die im Antrag gestellten Antragsfragen richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Risikoverhältnisse der zu versichernden Personen richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer unter den in §§ 16 bis 22 VersVG bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Datenschutz

## Zustimmungserklärungen zum Datenschutz

### 1. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Daten

#### 1.1 bei Vertragsabschluss

Alle Antragsteller und zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, sowie den bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern ermitteln darf. Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblatt, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

## 1.2 im Versicherungsfall

Alle Antragsteller und zu versichernden Personen stimmen ausdrücklich zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall personenbezogene Gesundheitsdaten verwenden und durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische und pathologische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann). Im Fall einer solchen Datenermittlung werden die Antragsteller und zu versichernden Personen 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14-tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden. Nach § 11a VersVG besteht für die Antragsteller und zu versichernden Personen auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen die Antragsteller und zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen. Alle Antragsteller und zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Alle Antragsteller und zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

## 2. Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung in der Krankheitskostenversicherung

In der Krankheitskostenversicherung können Leistungen zwischen dem Versicherer und dem Gesundheitsdienstleister direkt verrechnet werden. Dies bedarf eines Auftrags des im Leistungsfall betroffenen Versicherungsnehmers oder Versicherten, welchen dieser an den Gesundheitsdienstleister erteilt. Bei Vorliegen dieses Auftrags darf der Versicherer die nachfolgenden Daten beim Gesundheitsdienstleister ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherungsnehmers oder Versicherten ermitteln:

### 2.1 Zwecks Einholung der Deckungszusage des Versicherers

Daten über die Identität des Betroffenen, das Versicherungsverhältnis und die Aufnahmediagnose (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder der ambulanten Behandlung sowie zu der Frage, ob der Behandlung ein Unfall zugrunde liegt);

### 2.2 Zwecks Abrechnung und Überprüfung der Leistungen

- Daten über die erbrachten Behandlungsleistungen (Daten zum Grund einer Behandlung und zu deren Ausmaß) einschließlich des Operationsberichts.
- Daten über die Dauer des stationären Aufenthalts oder der Behandlung;
- Daten über die Entlassung oder die Beendigung der Behandlung.

## 3. Entbindung von der Schweigepflicht

Alle Antragsteller und die zu versichernden Personen entbinden die in den Punkten 1 und 2 genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht im Umfang der Zustimmungserklärung gemäß Punkt 1. und des Direktverrechnungsauftrags gemäß Punkt 2.

## 4. Zustimmung der zu versichernden Personen

Die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Antragsteller (bzw. der von ihm bevollmächtigte Versicherungsvermittler) über eventuelle Ablehnungen, Risikozuschläge bzw. den Inhaltleistungseinschränkender Klauseln, die sich auf den Ausschluss bestehender Leiden (z.B. Ausschluss auf Grund einer Wirbelsäulenerkrankung, Allergie, ...) beziehen, informiert werden darf.

**Die Zustimmungserklärungen gemäß Punkt 1 bis Punkt 4 können jederzeit – auch einzeln – widerrufen werden. Ein Widerruf vor Vertragsabschluss kann zur Folge haben, dass der Versicherer die Antragsprüfung nicht vornehmen kann und sich die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.**

**Bei Widerruf nach Vertragsabschluss oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die für die Leistungsfallprüfung benötigten Unterlagen von Antragstellern, Bezugsberechtigten oder den zu versichernden Personen in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.**

**Diese Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung (siehe Punkt 2) können der betroffene Versicherungsnehmer oder Versicherte jederzeit untersagen. Eine Untersagung der Datenermittlung gemäß Punkt 2 könnte zur Folge haben, dass der Versicherer zumindest vorerst die Deckung verweigert und der Versicherungsnehmer oder Versicherte dadurch für diejenigen Leistungen zahlungspflichtig bleibt, die sonst gedeckt wären.**

Unsere Datenschutzinformation iSd Art 13 DSGVO können Sie jederzeit unter [www.allianz.at/datenschutz](http://www.allianz.at/datenschutz) abrufen. Gerne können Sie die Übermittlung der Datenschutzinformation per E-Mail oder Post auch jederzeit unter [datenschutz@allianz.at](mailto:datenschutz@allianz.at) oder unserem Kundencenter 05/9009-0 anfordern.

Ort, Datum

Antragsteller (Versicherungsnehmer) in BLOCKBUCHSTABEN

Unterschrift Antragsteller  
(Versicherungsnehmer)

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4



1. von 2  
Unter-  
schriften

## WICHTIGE HINWEISE UND ERKLÄRUNGEN ZUM ANTRAG

Wichtige  
Hinweise

1. Alle Antragsteller bestätigen, dass keine mündlichen Nebenabreden getroffen wurden und in diesem Formular alles, was beantragt, auch schriftlich festgehalten wurde. Alle Antragsteller nehmen zur Kenntnis, dass Deckungs- und sonstige Zusagen des Vermittlers rechtsunwirksam sind.
2. Alle Antragsteller erklären sich einverstanden, dass die gesamte Korrespondenz rechtsverbindlich mit dem erstgenannten Antragsteller oder über die Inkassoadresse bzw. die Zustelladresse geführt wird.
3. Alle Antragsteller sind an diesen Antrag sechs Wochen gebunden.
4. Auf den Vertrag ist österreichisches Recht anzuwenden.
5. Bei etwaigen Beschwerden können Sie sich per Mail an [feedback@allianz.at](mailto:feedback@allianz.at) und per Telefon an +43 5 9009 582 wenden. Darüber hinaus können etwaige Beschwerden an die Informations- und Beschwerdestelle des Verbands der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO; [www.vvo.at](http://www.vvo.at)), Schwarzenbergplatz 7, 1030 Wien, per Mail an [info@vvo.at](mailto:info@vvo.at) und per Telefon an +43 1 711 56 gerichtet werden. Außerdem können KonsumentInnen etwaige Beschwerden auch an die Beschwerdestelle über Versicherungsunternehmen im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Adresse: Stubenring 1, 1010 Wien Telefon: +43 1 71100/862501 oder 862504, E-Mail: [versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at](mailto:versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at)) richten. Ihr Recht, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt davon unberührt.
6. Aufsichtsbehörde ist die Finanzmarktaufsicht, A-1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5 ([www.fma.gv.at](http://www.fma.gv.at)).
7. Nach den gesetzlichen Bestimmungen des Bundesbehindertengleichstellungsgesetzes und des Versicherungsvertragsgesetzes können Sie von uns die Gründe für eine risikobedingte Ablehnung oder Vereinbarung eines Prämienzuschlages, eines Risikoausschlusses, einer Verminderung der Leistung oder einer Wartefrist verlangen, sofern Sie uns einen Nachweis für das Vorliegen einer Behinderung erbringen (z.B. durch einen gültigen Behindertenpass des Bundessozialamts oder einen gültigen Einstellungsschein gemäß Behinderteneinstellungsgesetz).

Bitte  
ankreuzen

### Datenverwendungsklausel

Alle Antragsteller und die zu versichernde(n) Person(en) **stimmen zu**, dass ihre **personenbezogenen Daten** (Titel, Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Informationen aus dem laufenden Vertragsverhältnis (wie Produkt, Leistungsumfang, Schadensmeldungen, Segmentierungen), Mitgliedschaft im Allianz Bonus Klub, Nutzungsdaten des Kundenportals, Apps und weiterer Kontaktkanäle) zu Zwecken der

- Marktforschung (z.B. entsprechende Umfragen über Auftragsverarbeiter),
- Zufriedenheitsumfragen zu unserem Service und Beratung und
- Kontaktaufnahme sowie Zusendung von Marketinginformationen und Vorschlägen in Zusammenhang mit Waren und Dienstleistungen aus dem Versicherungs- und Finanzierungsangebot der Allianz Gruppe (per E-Mail, Telefon oder im Kundenportal und Apps) von Unternehmen der Allianz Gruppe (Allianz Elementar Versicherungs-AG, Allianz Elementar Lebensversicherungs-AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Vorsorgekasse AG, Allianz Worldwide Partners P&C S.A. Austrian Branch, Allianz Global Corporate & Specialty SE Austria Branch und Allianz Investmentbank AG (jeweils Wien)) verarbeitet werden. **Keinesfalls werden diese Daten an andere Unternehmen als die genannten weitergegeben oder –verkauft.** Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

ja  
 nein

Rücktritts-  
rechte

## RÜCKTRITTSRECHTE

### § 5c VersVG

#### Belehrung über das Rücktrittsrecht

1. Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.
2. Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (= Zusendung der Polizze bzw. Versicherungsschein), jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung und diese Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.
3. Die Rücktrittserklärung ist zu richten an:  
Allianz Elementar Versicherungs-AG, Hietzinger Kai 101–105, 1130 Wien  
Telefax +43 (0)5 9009-70000  
E-Mail: [gesundheitsversicherung@allianz.at](mailto:gesundheitsversicherung@allianz.at)  
Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden. Die Erklärung ist auch wirksam, wenn sie in den Machtbereich Ihres Versicherungsvertreters gelangt.
4. Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie. Wenn Sie bereits Prämien an den Versicherer geleistet haben, die über diese Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzuzahlen.
5. Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.

#### Rücktrittsrecht nach § 8 Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz (gilt nur für Verbraucher)

Wenn der Versicherungsnehmer Verbraucher im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes ist und der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (d.h. z.B. über Internet, E-Mail, Direct-Mail, Telefon) abgeschlossen wurde, kann er innerhalb von 30 Tagen vom Vertrag oder seiner Vertragserklärung zurücktreten. Die Rücktrittsfrist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Verbraucher über den Abschluss des Vertrags informiert wird. Hat aber der Verbraucher die Vertragsbedingungen und Vertriebsinformationen erst nach Vertragsabschluss erhalten, so beginnt die Rücktrittsfrist mit dem Erhalt aller dieser Bedingungen und Informationen. Die Frist ist jedenfalls gewahrt, wenn der Rücktritt schriftlich oder auf einem anderen, dem Empfänger zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger erklärt und diese Erklärung vor dem Ablauf der Frist abgesendet wird. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm dafür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

Macht der Verbraucher von seinem Rücktrittsrecht nicht Gebrauch, kommt der Vertrag zustande bzw. bleibt der Vertrag aufrecht.

### **Beginn des Versicherungsschutzes**

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie, nicht vor Ablauf der Wartezeiten gemäß geltender Versicherungsbedingungen und nicht vor dem in der Police bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird die Police nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, die Prämie sodann aber binnen 14 Tagen bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz, abgesehen von den Bestimmungen über die Wartezeiten, mit dem in der Police bezeichneten Zeitpunkt. Über die Antragsannahme entscheidet die Geschäftsleitung der Gesellschaft.

### **Ende des Versicherungsvertrages**

Der Versicherungsvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Das Versicherungsverhältnis endet jedoch in nachstehenden Fällen:

#### **Kündigung durch den Versicherungsnehmer**

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, den Vertrag frühestens zum Ablauf des dritten Versicherungsjahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu kündigen. Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherer das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen. Wird ein Versicherungsnehmer oder ein Versicherter in eine Pflegeanstalt für chronisch Kranke aufgenommen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Vertrag zum Ende des Monats zu kündigen, in dem die Aufnahme in eine solche Anstalt nachgewiesen wird.

#### **Kündigung durch den Versicherer**

##### **– bei Prämienzahlungsverzug des Versicherungsnehmers**

Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate nicht innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung gezahlt, so kann der Versicherer, solange die erste Zahlung nicht erfolgt ist, vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird. Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, so kann der Versicherer den Versicherungsnehmer auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von 2 Wochen zu bezahlen. Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Frist mit der Zahlung in Verzug ist. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist, die Zahlung nachholt.

##### **– bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit**

Obliegenheiten vor Abschluss des Versicherungsvertrages: Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben vor Abschluss des Vertrages alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrenumstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich. Hat der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft verletzt, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer von Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen. Obliegenheiten während des Bestehens des Versicherungsvertrages: Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten. Wird diese Informationspflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag kündigen.

##### **– bei Erschleichung der Versicherungsleistung, dem Versuch bzw. der Mitwirkung daran**

##### **– wenn der Versicherte im Krankheitsfall den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet Sonstige Beendigungsgründe**

##### **– bei Tod des Versicherungsnehmers bzw. bei Tod der versicherten Person**

#### **Rechtliche und wirtschaftliche Folgen einer Kündigung**

Sollte nach einer Kündigung durch den Versicherungsnehmer zu einem späteren Zeitpunkt der neuerliche Abschluss einer Krankenversicherung gewünscht werden, ist eine neuerliche Gesundheitsprüfung erforderlich. Die neue Prämie wird nach dem dann aktuellen Lebensalter des Versicherten berechnet. Auch der Widerruf einer Kündigung durch den Versicherungsnehmer ist mit einer neuerlichen Gesundheitsprüfung verbunden. In der Krankenversicherung wird kein Rückkaufwert ausbezahlt, somit besteht auch kein Anspruch auf die anteilmäßige Alterungsrückstellung.

#### **Leistungsausschlüsse**

In den Versicherungsbedingungen sind Einschränkungen und Ausschlüsse formuliert, wie beispielsweise für

- Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn begonnen haben,
- Heilbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen, die auf Grund von Alkohol-, Suchtgif- oder Medikamentenmissbrauch eintreten oder verschlechtert werden oder deren Heilbehandlung infolge Missbrauchs wesentlich erschwert ist, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren,
- Heilbehandlungen in Krankenanstalten oder Abteilungen für Geriatrie.

Diese Aufzählung ist nur demonstrativ und nicht abschließend. Bei Vorliegen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen kann der Versicherer in der Versicherungsurkunde individuelle Einschränkungen im Versicherungsschutz (Leistungsausschluss, verlängerte Wartezeit) und/oder Prämienzuschläge festlegen.

Der Versicherungsnehmer kann gemäß §5 VersVG innerhalb eines Monats nach Empfang der Versicherungsurkunde in geschriebener Form widersprechen.

Der Versicherungsvertrag kommt dann im Regelfall nicht zustande.

#### **Änderung der Versicherungsleistungen und der Prämie**

Nach § 178f VersVG ist eine einseitige Veränderung der Versicherungsleistungen und Prämien durch den Versicherer bei Veränderung einer der folgenden Faktoren möglich:

1. eines vereinbarten Index,
2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,
3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Bloß vom Alterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung des Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden. Diese Anpassung kann dazu führen, dass die Prämien während der Vertragslaufzeit erheblich ansteigen. Die Information über eine Änderung der Versicherungsleistungen und Prämien erfolgt schriftlich im Vorhinein und enthält eine Information über das Widerspruchsrecht des Versicherungsnehmers sowie die Folgen eines Widerspruchs.

**Umstellung auf Erwachsenentarif:** Für mit der Kinderprämie versicherte Personen sind ab dem 1. Juli des Jahres, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, die Prämien für Erwachsene zu entrichten. Diese Umstellung kann dazu führen, dass die Prämien zum genannten Zeitpunkt erheblich ansteigen.

#### **Steuerliche Regelungen zur Krankenversicherung**

Die Prämien der Krankenversicherung unterliegen einer Versicherungssteuer in Höhe von 1%. Unter bestimmten Voraussetzungen besteht für Selbständige die Möglichkeit, die Prämien für Krankenversicherungen als Werbungskosten geltend zu machen. Die jeweilige abgabenrechtliche Behandlung ist von Ihren persönlichen Verhältnissen abhängig und kann künftigen Änderungen unterworfen sein. Offene abgabenrechtliche Fragen richten Sie bitte an Ihren Steuerberater.

#### **Bericht über die Solvabilität und Finanzlage gemäß § 241 VAG 2016**

Der Bericht ist auf unserer Website (<http://www.allianz.at>) abrufbar und liegt an unserem Firmensitz zur Einsichtnahme auf.



## Vereinbarung zur Form von Erklärungen und anderen Informationen:

### Schriftform

Folgende Erklärungen und Informationen zwischen dem Versicherer und allen Antragstellern bzw. zu versichernden Personen oder sonstigen Dritten sind nur in Schriftform wirksam:

- Kündigungen
- Anträge auf Prämienfreistellung und Rückkauf von Lebensversicherungen
- Anzeigen des Wegfalls des versicherten Interesses
- Anträge auf Änderung des Versicherungsvertrages
- Anzeige der Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt der Versicherungsleistungen (z. B. Bezugsrechtsänderungen) sowie Abtretungen und Verpfändungen der Versicherungsleistungen

Schriftform bedeutet, dass dem Empfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

### Geschriebene Form

Für alle anderen Erklärungen und Informationen der Antragsteller bzw. der zu versichernden Personen oder sonstigen Dritten im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und zugehen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Brief, Fax oder E-Mail) entsprochen. Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen der Antragsteller, der zu versichernden Personen oder sonstiger Dritter sind nicht wirksam.

**Bitte beachten Sie**, dass sich die Formerfordernisse für **Rücktrittserklärungen** in der Belehrung über das jeweilige Rücktrittsrecht finden und die dort angeführte Form maßgeblich ist.

Gesetzliche Schriftformgebote bleiben von dieser Vereinbarung unberührt.

**Ich stimme der Vereinbarung zur Form von Erklärungen und anderen Informationen zu.**

ja  
 nein

Bitte  
ankreuzen

### Vereinbarung der elektronischen Kommunikation

Ich stimme ausdrücklich zu, dass Versicherungsbedingungen, Versicherungsscheine nach Maßgabe des § 3 Abs 1 VersVG sowie Erklärungen, Informationen und sonstige Anzeigen im Zusammenhang mit von mir abzuschließenden oder abgeschlossenen Verträgen im Wege der elektronischen Kommunikation rechtswirksam übermittelt werden.

#### Elektronische Kommunikation bedeutet:

Der Versicherungsnehmer erhält Erklärungen und Informationen im Kundenportal (passwortgeschützter Log-in Bereich) der Allianz Elementar Versicherungs-AG oder Allianz Elementar Lebensversicherungs- AG mitgeteilt. Im Fall von vertragsrelevanten Erklärungen wird der Versicherungsnehmer per E Mail mit integriertem Link von der Mitteilung im Portal verständigt. Erklärungen des Versicherungsnehmers sind an die auf der Homepage [www.allianz.at](http://www.allianz.at) in den Kontaktdaten angeführte E-Mail-Adresse zu übermitteln.

Ich erkläre, über einen regelmäßigen Zugang zum Internet zu verfügen.

Als E-Mail Adresse für die elektronische Kommunikation ist die für das Kundenportal definierte E-Mail Adresse vorgesehen und ist vom Versicherungsnehmer im Rahmen der Anmeldung frei zu wählen.

Die Vertragsparteien verpflichten sich, Änderungen in Bezug auf den Internetzugang sowie die E-Mail-Adresse unverzüglich bekannt zu geben.

Ungeachtet der vereinbarten elektronischen Übermittlung habe ich das Recht, jederzeit – jedoch jeweils nur einmalig kostenfrei – elektronisch erhaltene Informationen auf Papier ausgefolgt zu erhalten.

#### Widerrufsbelehrung:

Die Vereinbarung über die elektronische Kommunikation kann von jeder Vertragspartei jederzeit widerrufen werden. Wenn Allianz Elementar Versicherungs-AG oder Allianz Elementar Lebensversicherungs-AG hiervon Gebrauch macht, wird sie nach rechtzeitiger Verständigung künftige vertragsrelevante Erklärungen und Informationen an die vom Versicherungsnehmer zuletzt bekannt gegebene Postadresse senden.

Ausgenommen von der elektronischen Kommunikation sind jene Schriftstücke, welche in der Vereinbarung zur Form von Erklärungen und anderen Informationen im Antragsdokument entsprechend angeführt sind.

**Ich stimme der Vereinbarung der elektronischen Kommunikation zu.**

ja  
 nein

Bitte  
ankreuzen

#### Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- alle Angaben zu meiner Person wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe,
- alle Antragsfragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe,
- meine gesonderte und ausdrückliche Angabe zur elektronischen Kommunikation sowie zur Vereinbarung zur Form von Erklärungen und anderen Informationen richtig und vollständig gemacht habe,
- meine gesonderte und ausdrückliche Angabe zur Datenverwendungsklausel richtig und vollständig gemacht habe.

Weiters bestätige ich, dass sämtliche im Antrag enthaltenen Hinweise, Erklärungen und Belehrungen sowie meine gemachten Angaben zum Inhalt des Antrages werden und ich eine Zweitabschrift des Antrages inklusive der Bestimmungen über die Versicherungsleistungen erhalten habe.

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

\_\_\_\_\_  
Antragsteller (Versicherungsnehmer) in BLOCKBUCHSTABEN

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller  
(Versicherungsnehmer)

\_\_\_\_\_  
Person 1

\_\_\_\_\_  
Person 2

\_\_\_\_\_  
Person 3

\_\_\_\_\_  
Person 4



2. von 2  
Unter-  
schriften