

ANTRAG AUF ALLIANZ KÖRPERKASKO

Grundfähigkeitsversicherung zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Grundfähigkeitsversicherung (ABL139OS).

Polizzen Nr. **L95** Werber-Name _____ Werber Nr. _____ / _____ Tarif **G2**

Zuwachsklausel Grundfähigkeitsversicherung: 2% 3%

Antrag-
steller
(Versi-
cherungs-
nehmer)

Herr Frau Akad. Grad: _____ Staatsbürgerschaft: _____
Geburtsland: _____ Geburtsdatum: _____ Sozial-Vers.-Nummer: _____
Vorname: _____ Familienname: _____
Beruf: _____ Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____ Land: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____

zu ver-
sichernde
Person

Herr Frau Akad. Grad: _____ Staatsbürgerschaft: _____
Vorname: _____ Familienname: _____
Geburtsdatum: _____ Beruf mit Angabe der derzeitigen Tätigkeit/Branche: _____

Vertrags-
daten

Versicherungsbeginn: _____ Versicherungs- und Prämien-
zahlungsdauer bis zum _____ Leistungsdauer bis max. zum _____ garantierte monatliche Rente
01. _____ 01. _____ 01. _____
Kapitalleistung bei schwerer Krankheit während der Versicherungsdauer: keine 1 Jahresrente 2 Jahresrenten
Prämie inkl. Vers.-Steuer¹: _____ Prämie abzügl. Gewinnbeteiligung²: _____
Prämienzahlweise: monatlich 1/4-jährlich 1/2-jährlich jährlich

¹ Versicherungssteuer 4% ² Prämie nach Abzug der Prämie für den Leistungsbonus (Gewinnbeteiligung). Details zur Gewinnbeteiligung siehe Produktinformationen.

Bezugs-
recht

Bezugsberechtigt für die Versicherungsleistungen, soweit nicht anders vermerkt: der Versicherungsnehmer.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungsurkunde erklärt und Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig innerhalb von 14 Tagen ab Fälligkeit bezahlt haben. Die erste oder einmalige Prämie wird mit Zustellung der Versicherungsurkunde, nicht aber vor dem Versicherungsbeginn fällig. Vor dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

Diese Versicherung ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet.

Vorläufiger Sofortschutz besteht bei Eintritt des Versicherungsfalles infolge eines Unfalls. Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die Rente und Prämienbefreiung bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und auf die Kapitalzahlung bei Eintritt einer schweren Krankheit, sofern beantragt. Die jährliche Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten ist mit 12.000 EUR begrenzt, auch wenn insgesamt höhere Renten beantragt sind. Die Kapitalzahlung bei Eintritt einer schweren Krankheit ist mit 12.000 EUR begrenzt, auch wenn insgesamt ein höheres Kapital beantragt ist.

Der vorläufige Sofortschutz gilt,

- wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig ist,
- nicht in ärztlicher Behandlung oder unter ärztlicher Kontrolle steht,
- soweit die Versicherungsbedingungen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse (siehe § 7) vorsehen,
- soweit die Annahmerichtlinien eine Versicherbarkeit vorsehen.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Der vorläufige Sofortschutz beginnt mit Eingang Ihres vollständig ausgefüllten Antrages in einer unserer Verwaltungsstellen, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn. Der vorläufige Sofortschutz endet mit Zustellung der Versicherungsurkunde oder der Ablehnung Ihres Antrages oder auch mit unserer Erklärung, dass der vorläufige Sofortschutz beendet ist oder auch mit Ihrem Rücktritt vom Antrag, sofern dieser vor Zustellung der Versicherungsurkunde erfolgt, in jedem Fall jedoch sechs Wochen nach Antragstellung. Wenn wir auf Grund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir keine Prämie.

FRAGEN UND ANGABEN ZU GEFAHRERHEBLICHEN UMSTÄNDEN der zu versichernden Person für die Grundfähigkeitsversicherung (Allianz Körperkasko)

ANGABEN DER ZU VERSICHERNDEN PERSON

A. Allgemeine Fragen

1. Zur beruflichen Tätigkeit

Die vollständigen Angaben zur beruflichen Tätigkeit können dem beigefügten persönlichen Vorschlag /Antrag entnommen werden (**falls nein bitte die weiteren Fragen in diesem Punkt beantworten**). ja nein

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus (bitte genaue Bezeichnung)?

Sind Sie bei Ausübung Ihrer Tätigkeit besonderen Gefahren (z. B. Sprengstoff, Strahlen, gefährliche Stoffe) ausgesetzt? ja nein
Falls ja: Welche?

Bei Studenten: Studienfach:

Wie groß ist der Anteil an Büro­tätigkeit inklusive eventueller Führungstätigkeit in %? 0–39% 40–59% 60–74% 75–100%

Bei handwerklichen Berufen: Anteil der körperlichen Tätigkeit in %: 0–30% 31–45% 46–60% 61–100%

2. Zu Auslandsaufenthalten

Beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten länger als 6 Monate im außereuropäischen Ausland aufzuhalten? ja nein

Falls ja: Wo? Wann? Wie lange? Zu welchem Zweck?

3. Zu Freizeitaktivitäten

Üben Sie Aktivitäten mit einem höheren Verletzungsrisiko aus als bei Breitensportarten üblich (z. B. Klettern/Bergsport, Tauchen, Motorsport, Fliegen)? ja nein

Falls ja: Welche?

Beantworten Sie bitte die zugehörigen Fragebögen zu Sport- und Freizeitrissen.

4. Zu den Körpermaßen

Wie sind Ihre Körpergröße und Ihr Körpergewicht? cm kg

5. Zum am besten informierten Arzt

Welcher Arzt, Heilpraktiker oder sonstige nichtärztliche Therapeut ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert?

Name, Fachrichtung und Anschrift des Arztes:

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

Tag: Uhrzeit: Telefon: Mail:

7. Angaben zur Versicherungssituation

Bestehen für Sie neben dem Anspruch aus der gesetzlichen Sozialversicherung weitere Ansprüche für den Fall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität oder Verlust einer Grundfähigkeit? (Bitte auch bejahen, wenn eine der Versicherungen aktuell beantragt ist.)

Private Versicherungen nein ja jährliche Rente ca. €

Betriebliche Altersversorgung (Pensionszusage, Direktversicherung, Pensionskasse)? nein ja jährliche Rente ca. €

Berufsständische Versorgung? nein ja jährliche Rente ca. €

Sonstige? nein ja jährliche Rente ca. €

Verwenden Sie bitte den Fragebogen „Zusatzfragen zum beantragten Versicherungsschutz (EV4)“ bei Rentenhöhen über € 12.000 p.a., bei Selbstständigen mit akademischer Ausbildung bzw. leitenden Funktionen mit über 10 Mitarbeitern über € 25.000

B. Gesundheitsfragen bei einer jährlichen Gesamtrente aus der Allianz Körperkasko bis € 12.000,-

Sind oder waren Sie in den **letzten 5 Jahren** bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten, sonstigen nichtärztlichen Heilbehandlern in **Behandlung**, zur **Beratung** oder zur **Untersuchung aus anderen Gründen als nur wegen**

1. ja nein
- Erkältungskrankheiten (z. B. Erkältungsschnupfen, Halsentzündung, Nasennebenhöhlenentzündung, Kehlkopf- oder Luftröhrenentzündung, grippaler Infekt), die folgenlos ausgeheilt sind,
 - Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, die folgenlos ausgeheilt sind,
 - Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Hautkrebsvorsorge, gynäkologische Vorsorgeuntersuchung), die ohne krankhaften Befund blieben,
 - zahnärztliche Behandlung, oder
 - Allergien.

2. Sind oder waren Sie in den **letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?** ja nein

3. Nehmen oder nahmen Sie in den **letzten 5 Jahren** über einen Zeitraum von **mehr als 4 Wochen durchgehend verschreibungspflichtige Medikamente ein?** Darunter fallen alle Arten von verschreibungspflichtigen Medikamenten, unabhängig von der Darreichungsform (z. B. Tabletten, Spritzen); nicht gemeint sind Verhütungsmittel. ja nein

4. Werden oder wurden bei Ihnen in den **letzten 5 Jahren folgende Erkrankungen behandelt oder festgestellt:** Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Schlaganfall, Diabetes, psychische Erkrankungen, HIV-Infektion/AIDS, Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch, Erkrankungen oder Beschwerden des Bewegungsapparates (z.B. Rücken, Knie, Hüfte, Amputation), Multiple Sklerose, Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, Augenerkrankungen, Seh- oder Hörstörungen (z.B. Tinnitus)? ja nein

WICHTIG: Sofern Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, bitten wir Sie, den gesamten Fragenblock C zu beantworten.

C. Gesundheitsfragen bei jährlicher Gesamtrente aus der Allianz Körperkasko ab € 12.001,- oder bei Bejahung einer oder mehrerer Fragen aus Fragenblock B (müssen so wie der Block D nicht beantwortet werden, wenn ein Untersuchungsbefund erforderlich ist)

- Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand:**
Haben Sie eine oder mehrere der folgenden **Erkrankungen** oder **Beschwerden**? ja nein
5. • Unfallverletzung (z.B. Knochenbrüche) ja nein
• Erkrankung der Augen (z.B. grauer oder grüner Star, Fehlsichtigkeit ab 8 Dioptrien)
• Erkrankung der Ohren (z.B. Hörstörung, Tinnitus)
-
6. Werden Ihnen derzeit **Medikamente** verordnet?
Darunter fallen alle Arten von verschreibungspflichtigen Medikamenten, unabhängig von der Darreichungsform (z. B. Tabletten, Spritzen); nicht gemeint sind Verhütungsmittel. ja nein
Falls ja: Bitte erfassen Sie alle Erkrankungen, für die Ihnen derzeit Medikamente verordnet werden:
-
7. Waren Sie in den **letzten 5 Jahren** bei Ärzten oder Therapeuten (z.B. Heilpraktiker, Physiotherapeuten oder Psychotherapeuten) in **Behandlung, Beratung oder Untersuchung** wegen Krankheiten oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?
Nicht zu berücksichtigen sind: Arztbesuche wegen akuter Erkältungskrankheiten • akute Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte • unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen • zahnärztliche Behandlungen • Schwangerschaft/Geburt • Sportverletzungen, die folgenlos ausgeheilt sind.
- a) **Blut*** (z.B. Bluter, Eisenmangelanämie) ja nein
b) **Herz, Kreislauf*** (z.B. Erkrankung der Herzkranzgefäße, ärztl. Diagnostizierter Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenentzündung) ja nein
c) **Atmungsorgane*** (z.B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma) ja nein
d) **Verdauungsorgane*** (z.B. Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber) ja nein
e) **Harn-, Geschlechtsorgane*** (z.B. Nieren, Blase, Unterleib, Brust) ja nein
f) **Bewegungsapparat*** (z.B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskus, Bänderverletzung, Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Bechterew) ja nein
g) **Infektionen** (z.B. Tuberkulose, Malaria) ja nein
h) **Stoffwechsel*** (z.B. Diabetes*, erhöhtes Cholesterin von mehr als 250 mg/dl bzw. 6,47 mmol/l, Schilddrüsenerkrankungen) ja nein
i) **Psyche, Gehirn, Nervensystem*** (z.B. Depressionen, Bulimie, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Migräne) ja nein
*** Falls ja, bitte entsprechenden Fragebogen beantworten.**
-
8. Wurden Sie in den **letzten 10 Jahren** operiert oder ist eine Operation in den nächsten 12 Monaten geplant? ja nein
Nicht zu berücksichtigen sind: Operationen ohne Komplikationen und Folgen am Blinddarm, den Mandeln oder der Nasenscheidewand, Maßnahmen in der Reproduktionsmedizin.
-
9. Waren Sie in den **letzten 10 Jahren** in einer **Klinik** (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein **Klinikaufenthalt** in den **nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen**? ja nein
Nicht zu berücksichtigen sind: unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, akute Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, zahnärztliche Behandlungen, Schwangerschaft/Geburt.
-
10. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?
a) Ich wurde **in den letzten 10 Jahren wegen Alkoholgenuss** ärztlich beraten oder behandelt. ja nein
b) Ich wurde **in den letzten 10 Jahren wegen des Konsums von Drogen oder Betäubungsmittel** ärztlich beraten oder behandelt. ja nein
c) Ich beziehe **eine Rente** wegen **Unfall oder Erkrankung****. ja nein
d) Ich habe eine **Berufskrankheit****. ja nein
e) Ich habe eine **anerkannte Behinderung****. ja nein
f) Ich habe eine **angeborene Erkrankung**. ja nein
g) Bei mir wurde eine **Krebserkrankung** festgestellt. ja nein
h) Bei mir wurde eine **HIV-Infektion** festgestellt. ja nein
**** Bitte Bescheid/Rentenbescheid in Kopie beifügen (kein Ausweis)**

D. Ergänzende Gesundheitsangaben wenn Fragen im Block C mit ja beantwortet wurden
Wenn Sie eine oder mehrere Fragen der Fragenblöcke C bejaht haben, benötigen wir folgende Angaben (ggf. gesondertes Blatt verwenden).

Art, Verlauf, Folgen (z.B. Krankheit, Verletzung)? Ergebnis der Untersuchung?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte, Heilpraktiker, nichtärztliche Therapeuten, Krankenhäuser, Heilstätten, Kur-/Rehaanstanlen mit Anschrift
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

WICHTIGE HINWEISE UND ERKLÄRUNGEN ZUM ANTRAG

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. Zustelladresse geführt wird.
3. Alle Antragsteller sind an diesen Antrag sechs Wochen gebunden.
4. Sofern der Versicherungsnehmer nichts anderes bestimmt, wird bei Ableben des Versicherungsnehmers die versicherte Person Versicherungsnehmer (außer bei Firmenversicherungen).
5. Gemäß Finanzmarkt-Geldwäschegesetz sind Versicherungsunternehmen verpflichtet, Sorgfaltspflichten zur Verhinderung von Geldwäscherei und Terrorismusfinanzierung zu erfüllen. Wir weisen darauf hin, dass übermittelte personenbezogene Daten zum Zweck der Erfüllung dieser gesetzlich vorgeschriebenen Pflichten verarbeitet werden.
6. Änderungen in der Person des wirtschaftlichen Eigentümers, des Treugebers, sowie hinsichtlich der Vertretungsbefugnis werde ich der Allianz Elementar Lebensversicherungs-AG unverzüglich bekannt zu geben.
7. Nach den gesetzlichen Bestimmungen des Bundesbehindertengleichstellungsgesetzes und des Versicherungsvertragsgesetzes können Sie von uns die Gründe für eine risikobedingte Ablehnung oder Vereinbarung eines Prämienzuschlags, 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). Sofern das Vorliegen einer Behinderung auf Grund der vorliegenden Unterlagen klar erkennbar ist, werden wir Sie jedenfalls informieren.

Anwendbares Recht: Für sämtliche Rechtsbeziehungen gilt österreichisches Recht ohne die Verweisungsnormen des österreichischen internationalen Privatrechts.
Aufsichtsbehörde: Aufsichtsbehörde ist die Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA), 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5 (www.fma.gv.at).

Beschwerdestelle: Bei etwaigen Beschwerden können Sie sich per Mail an feedback@allianz.at und per Telefon an +43 5 9009 582 wenden. Darüber hinaus können etwaige Beschwerden an die Informations- und Beschwerdestelle des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO; www.vvo.at), Schwarzenbergplatz 7, 1030 Wien, per Mail 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) richten. Ihr Recht, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt davon unberührt.

Information zum Versicherungsunternehmen: Den Jahresabschluss („Geschäftsbericht“) und den „Bericht zur Solvabilität und Finanzlage“ der Allianz Elementar Lebensversicherungs-AG können Sie im Internet unter <https://www.allianz.at/privatkunden/service/sonstiges/downloads> einsehen. Auf Verlangen übersenden wir Ihnen auch Auszüge der Dokumente.

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 ff sowie 162 und 163 VersVG bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Verwendung personenbezogener Daten im Rahmen des ZIS

Beim Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Schwarzenbergplatz 7, 1030 Wien, wird von der Versicherungswirtschaft im Bereich der Kranken-, Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung ein zentrales Informationssystem zum Zweck der koordinierten wechselseitigen Information zwischen den teilnehmenden Versicherungsunternehmen zur Ermittlung nicht versicherbarer Risiken und zur Gewährleistung eines beitrags- und leistungsumfangangepassten Versicherungsschutzes betrieben. Dieses System wird von uns in der Sparte der Lebensversicherung genutzt. Zur Wahrung der berechtigten Interessen der Versichertengemeinschaft und der teilnehmenden Versicherungen dient das System dem Erkennen, Überwachen und Managen der von den teilnehmenden Versicherungen eingegangenen Versicherungsrisiken. Unter bestimmten Voraussetzungen können ab Unterfertigung des Versicherungsantrags (auch bei nachträglicher Antragsrückziehung) Daten der zu versichernden bzw versicherten Person in dieses Informationssystem für längstens sieben Jahre eingetragen werden. Es handelt sich hierbei um Fälle der dauerhaften oder vorübergehenden Ablehnung des Versicherungsantrags, der potentiellen Annahme des Antrags unter erschwerten Bedingungen und der vorzeitigen Vertragsbeendigung aufgrund einer Verletzung der Anzeigepflicht. Die Eintragung umfasst den Namen und das Geburtsdatum, die Information ob es sich um eine Neu-, Änderungs- oder Stornomeldung handelt, das Melde datum, die betroffene Versicherungssparte, den Meldefall in Form einer numerischen Codierung und einen allfällig gesetzten Bestreitungsvermerk. Eine Abfrage aus dem Informationssystem ist anlässlich der Prüfung eines Antrags auf Versicherungsabschluss und anlässlich der Prüfung eines Leistungsfalls möglich. Ein zu einer versicherten oder zu versichernden Person bestehender Eintrag kann, wie auch jeder sonstige Hinweis auf risikohöhernde Besonderheiten, zur Folge haben, dass zur abschließenden Prüfung des Antrags oder Leistungsfalls von der versicherten oder zu versichernden Person zusätzliche Informationen eingeholt werden müssen. Es besteht die Möglichkeit, Auskunft über die in dem Informationsverbund zur Person des Auskunftswerbers verarbeiteten Daten sowie im Fall der Unrichtigkeit der verarbeiteten Daten deren Berichtigung oder Löschung zu verlangen oder der Datenverarbeitung zu widersprechen. In diesen Fällen ersuchen wir um Kontaktaufnahme unter 05 9009-9001.

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 Vorsorgekasse 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

Falls Sie als Versicherungsnehmer treuhänderisch handeln, bitte unbedingt angeben: Ich handle für Rechnung von

(bitte Treuhandschaftserklärung beifügen)

Identifizierung des Versicherungsnehmers nach §§ 1,2 sowie 5-24 Finanzmarkt-Geldwäschegesetz (FM-GwG):

ausgewiesen durch

Nr.

ausgestellt am

von

Bitte ankreuzen

Ausweisdaten

Bitte
ankreuzen

Erfolgt die Identifizierung des Versicherungsnehmers und allfälliger Vertreter am Antrag **ohne persönliche Anwesenheit des Beraters?**

ja nein

Wenn ja, beachten Sie bitte Folgendes:

Ohne persönliche Identifizierung durch den Berater (oftmals im Fall von elektronischen Unterschriften) und ohne Verwendung eines Elektronischen Ausweises/einer Qualifizierten Elektronischen Signatur sind folgende Unterlagen dem Antrag beizulegen: Kopie Lichtbildausweis (Personalausweis, Reisepass, Führerschein) der genannten, nicht persönlich identifizierten Personen sowie Kopie Bankomatkarte (oder Nachweis Bankverbindung) der Inkassoperson und bei natürlichen Personen zusätzlich eine Unterlage, aus der die Adresse glaubhaft nachvollzogen werden kann.

Bitte
ankreuzen

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

ja nein

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) entsprechen. 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.

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 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.

Bitte
ankreuzen

Ich stimme der Vereinbarung der elektronischen Kommunikation zu.

ja nein

Einzugser-
mächtigung

EINZUGSERMÄCHTIGUNG – SEPA LASTSCHRIFTMANDAT

Zahlungsempfänger: Allianz Elementar Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft, Hietzinger Kai 101–105, 1130 Wien
Creditor-ID: AT52AEL00000004432

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Allianz Elementar Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Allianz Elementar Lebensversicherungs-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: Antragsteller (Versicherungsnehmer)

IBAN:

BIC:

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 Lebensversicherungs-AG, Hietzinger Kai 101-105, 1130 Wien
Telefax +43 (0)5 9009-70000
E-Mail: person@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.

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 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.

1. von 2
Unter-
schriften_____
Ort, Datum_____
Antragsteller (Versicherungsnehmer)_____
Zu versichernde Person

Angaben zu gegebenenfalls vorhandenem gesetzlichen Vertreter

Gesetzlicher
Vertreter

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname: _____	Familienname: _____
Geburtsdatum: _____	Straße: _____	
PLZ: _____	Ort: _____	Land: _____
Identifizierung:	ausgewiesen durch: _____	
Nummer: _____	ausgestellt am: _____	von: _____
vertritt:	Vorname: _____	Familienname: _____
Geburtsdatum: _____	als (z.B.: Mutter/Vater): _____	
_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift gesetzlicher Vertreter	

Daten-
schutz-
erklärung

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 zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall personenbezogene Gesundheitsdaten 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. Entbindung von der Schweigepflicht

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

3. Zustimmung der zu versichernden Personen

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

Die Zustimmungserklärungen gemäß Punkt 1 bis Punkt 3 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 Widerspruch 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 kann daher keine Leistung erbracht werden.

Unsere **Datenschutzerklärung** finden Sie auf unserer Homepage unter www.allianz.at/datenschutz. Eine Zusendung der Datenschutzerklärung per Post können Sie auch bei unserem Kundencenter unter +43 5 9009-0 oder unter datenschutz@allianz.at anfordern.



2. von 2
Unter-
schriften

_____	_____	_____	_____
Ort, Datum	Antragsteller (Versicherungsnehmer)	Zu versichernde Person	Gegebenenfalls gesetzlicher Vertreter

PRODUKTINFORMATIONEN

Produktbeschreibung und wesentliche Eigenschaften

Produktkategorie: Grundfähigkeitsversicherung mit Gewinnbeteiligung

Die Grundfähigkeitsversicherung bietet Versicherungsschutz im Fall der Beeinträchtigung bestimmter körperlicher oder geistiger Fähigkeiten in Form einer laufenden Rentenzahlung. Für den Fall des Eintritts bestimmter schwerer Erkrankungen kann eine einmalige Kapitalleistung von bis zu 2 Jahresrenten vereinbart werden.

Voraussetzungen für Leistung bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer in Folge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls eine der folgenden Fähigkeiten

- voraussichtlich mindestens 12 Monate lang nicht besitzen wird oder
- mindestens 12 Monate lang ununterbrochen nicht besessen hat, erbringen wir die versicherten Leistungen.

Versicherte körperliche und geistige Fähigkeiten

- Gebrauch der Beine
- Gebrauch eines Armes
- Gebrauch einer Hand
- Knien oder Bücken
- Autofahren
- Heben und Tragen
- Sitzen oder Stehen
- Greifen und Halten
- Schreiben
- Sehen
- Sprechen
- Hören
- Gleichgewichtssinn
- Intellekt

Alle Beeinträchtigungen müssen durch fachärztliche Untersuchungen und Tests nachgewiesen werden und dürfen nicht durch Hilfsmittel verbessert oder behoben werden können.

Eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten liegt auch vor, wenn Pflegebedürftigkeit eintritt oder ein Sachwalter bestellt wurde.

Dies ist keine abschließende Darstellung. Nähere Einzelheiten können Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) in den Abschnitten „Welche Leistungen werden im Versicherungsfall erbracht?“ und „Was gilt als körperliche und geistige Fähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?“ entnehmen.

Voraussetzungen einer Kapitalleistung bei schweren Krankheiten

Erkrankt die versicherte Person während der Versicherungsdauer an mindestens einer der versicherten schweren Krankheiten, erbringen wir bei entsprechender Vereinbarung die vereinbarte Kapitalzahlung.

Versicherte schwere Krankheiten bei Vereinbarung einer Kapitalleistung

- Krebs
- Multiple Sklerose
- Schlaganfall
- Koma
- Herzinfarkt
- Querschnittslähmung

Stirbt die versicherte Person vor Ablauf von 28 Tagen nach Eintritt einer schweren Krankheit, wird keine Leistung erbracht und die Versicherung erlischt.

Nach Eintritt einer schweren Krankheit gilt eine Wartezeit von drei Monaten, d.h. der Eintritt einer weiteren schweren Krankheit während dieses Zeitraumes begründet keinen neuen Leistungsanspruch. Tritt eine versicherte schwere Krankheit, die bereits zu einer Kapitalzahlung geführt hat, ein weiteres Mal ein, so wird keine weitere Leistung erbracht.

Dies ist keine abschließende Darstellung. Nähere Einzelheiten können Sie den AVB in den Abschnitten „Welche Leistungen werden im Versicherungsfall erbracht?“ und „Was gilt als schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen?“ entnehmen.

Rechnungsgrundlagen

Rechnungszins 0%, Biometrische Grundlagen SwissRe 2018 AEL GF;
Rechnungszins 0%, Biometrische Grundlagen SwissRe 2018 AEL DD für schwere Krankheiten

Zuwachsklausel Grundfähigkeitsversicherung

Die Zuwachsklausel bewirkt ab dem Beginn des 2. Versicherungsjahres eine jährliche Erhöhung der versicherten Leistungen und Prämien, ohne dass eine neuerliche Gesundheitsprüfung notwendig ist. Die vereinbarte Prämie erhöht sich jährlich um den vereinbarten Prozentsatz der Vorjahresprämie. Da das Risiko mit steigendem Alter zunimmt, steigt die versicherte Leistung in Relation zur Prämienanpassung in geringerem Ausmaß. Die Erhöhungen erfolgen, solange die versicherte Person rechnungsmäßig nicht älter als 55 Jahre ist (Alter zu dem Geburtstag, der dem jährlichen Erhöhungstermin am nächsten liegt).

Gewinnbeteiligung

Im Wege der Gewinnbeteiligung nehmen Sie an den aus dem Geschäftsverlauf nach unserem Geschäftsplan festgestellten Überschüssen teil. Die Lebensversicherer sind zu vorsichtiger Kalkulation verpflichtet, damit die vertraglichen Leistungen auch dann erfüllt werden können, wenn sich der Schadensverlauf ungünstig entwickelt. Ist der tatsächliche Verlauf günstiger als kalkuliert, so entstehen Risikogewinne.

Die Gewinnbeteiligung erfolgt in Form eines Leistungsbonus. Der Leistungsbonus ist jener Anteil der versicherten Leistung, für den keine Prämie verrechnet wird. Die zu entrichtende Prämie wird an der versicherten Leistung abzüglich Leistungsbonus bemessen. Da die in den künftigen Jahren erzielbaren Überschussanteile nicht vorausgesehen werden können, beruhen die Angaben über die Gewinnbeteiligung auf Berechnungen, denen die gegenwärtigen Verhältnisse zugrunde liegen. Die Höhe der zukünftigen Gewinne hängt vom künftigen Risikound Kostenverlauf ab. Die Angaben sind daher für die Zukunft unverbindlich.

Kündigung, Prämienfreistellung

Sie können Ihren Versicherungsvertrag schriftlich kündigen:

- jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres
- innerhalb eines Versicherungsjahres mit 3-monatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, frühestens jedoch mit Wirkung zum Ende des ersten Versicherungsjahres.

Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, haben Sie weder einen Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Prämien. Auch eine Prämienfreistellung ist nicht möglich.

Deckungsstock

Als Deckungsstock bezeichnet man ein Sondervermögen, das getrennt vom übrigen Vermögen des Unternehmens verwaltet wird. Der Deckungsstock gewährleistet die Erfüllbarkeit Ihrer rechtlichen Ansprüche als Versicherungsnehmer. Wir haben dafür zu sorgen, dass diese Erfüllbarkeit durch die dem Deckungsstock gewidmeten Vermögenswerte stets voll gewährleistet wird. Zur Überwachung des Deckungsstockes hat die FMA (Finanzmarktaufsichtsbehörde) einen Treuhänder und dessen Stellvertreter bestellt. Der Deckungsstock bildet im Konkurs eines Versicherungsunternehmens eine Sondermasse und darf nur zur Auszahlung von Kundenansprüchen herangezogen werden. Die Vermögenswerte des Deckungsstockes für die klassische Lebensversicherung sind nach gesetzlichen Anlagegrundsätzen im Sinne der Sicherheit und Rentabilität vorzunehmen. In der fonds- und indexgebundenen Lebensversicherung umfasst die Sicherheit des Deckungsstockes die den Verträgen zugeordneten Anteile, nicht aber den Wert dieser Anteile.

Es ist nicht möglich, hier auf alle Steuerbestimmungen im Zusammenhang mit Lebensversicherungen einzugehen. Die jeweilige abgabenrechtliche Behandlung hängt von ihren persönlichen Verhältnissen ab und kann künftigen Änderungen unterworfen sein. Fragen richten Sie bitte an uns oder an Ihren Steuerberater.

Versicherungssteuer

Prämien für Lebensversicherungen unterliegen der österreichischen Versicherungssteuer, wenn der Versicherungsnehmer bei Zahlung der Prämie seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich hat. Sie beträgt 4% der Prämie.

Ausnahme Verträge mit "Einmalerlagscharakter":

Bei kapitalbildenden Verträgen (inkl. Rentenversicherungen) mit

- Einmalerlag oder
- nicht laufender, im Wesentlichen gleichbleibender Prämienzahlung mit einer Laufzeit unter 15 Jahren*) beträgt die Steuer 11%.

Eine nachträgliche Versicherungssteuer von 7% der einbezahlten Prämie wird vorgeschrieben, wenn eine Kapitalversicherung oder Rentenversicherung

- mit Einmalprämie oder
- nicht laufender im Wesentlichen gleich bleibender Prämienzahlung oder
- bei einer Prämienfreistellung in den ersten 3 Jahren ab Vertragsabschluss oder
- nach einer Prämienreduktion um mehr als 50% der vereinbarten Prämie innerhalb der ersten 3 Jahre ab Vertragsabschluss innerhalb von 15 Jahren*) ab Vertragsabschluss rückgekauft bzw. mit einer Kapitalzahlung abgefunden wird.

Die nachträgliche Versicherungssteuer von 7% der Prämie wird auch vorgeschrieben, wenn ein Vertrag mit einer Laufzeit, die kürzer als 15 Jahre*) ist, innerhalb von 3 Jahren ab Vertragsabschluss prämienfrei gestellt wird oder nach einer Prämienreduktion um mehr als 50% der vereinbarten Prämie innerhalb der ersten 3 Jahre ab Vertragsabschluss.

*) Wenn der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen im Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrages jeweils das 50. Lebensjahr vollendet haben oder der Vertragsabschluss bis 31.12.2010 erfolgt ist, treten anstelle der 15 Jahre 10 Jahre.

Besteuerung der Versicherungsleistung

a) Einmalige Versicherungsleistungen:

Einmalige Versicherungsleistungen sind steuerfrei.

Ausnahme Verträge mit "Einmalerlagscharakter":

Erfolgt bei Verträgen mit

- Einmalerlag oder
- nicht laufender, im Wesentlichen gleich bleibender Prämienzahlung oder
- nach Prämienfreistellung

eine Versicherungsleistung aufgrund von Rückkauf, Erlebensfall oder Kapitalabfindung, ist der Unterschiedsbetrag zwischen der eingezahlten Versicherungssprämie und der Versicherungsleistung einkommensteuerpflichtig, wenn die Leistungserbringung innerhalb von 15 Jahren ab Vertragsabschluss erfolgt. Wenn der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen im Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrages jeweils das 50. Lebensjahr vollendet haben oder der Vertragsabschluss bis 31.12.2010 erfolgt ist, treten anstelle der 15 Jahre 10 Jahre.

b) Laufende Renten:

Laufende Renten sind einkommensteuerpflichtig, sobald die Summe der bereits erbrachten Rentenzahlungen den Wert der Gegenleistung übersteigt.

Gebühren

Bestimmte Leistungen sind von Ihrer Prämie nicht umfasst. Für diese durch Sie veranlassten Mehraufwendungen verrechnen wir angemessene Gebühren. Die betroffenen Leistungen und die Höhe der Gebühren können Sie bei uns erfragen, unserer Homepage www.allianz.at bzw. den Vertragsunterlagen entnehmen. Diese Gebühren sind wertgesichert und verändern sich ab Beginn eines jeden Kalenderjahres in demselben Ausmaß, in dem sich der von der Statistik Austria monatlich verlaublich Verbraucherpreisindex 2000 oder ein von Amts wegen an seine Stelle tretender Index verändert hat. Den für Sie maßgeblichen Ausgangswert können Sie den Vertragsunterlagen entnehmen. Der Versicherer ist dessen unbeschadet berechtigt, geringere als die sich nach dieser Indexklausel ergebenden Gebühren zu verlangen, ohne dass dadurch das Recht verloren geht, für die Zukunft wieder die indexkonformen Gebühren zu verlangen.