

Antrag

Krankenversicherung

Pflegeversicherung

mit Verbraucherinformationen

Raum für Eingangsstempel der NL		Antragsprüfung/dv-Eingabe Datum/Handzeichen	
BD		AH durch	
Stamm-Nr.	Vertretung Nr./Fremd-Nr.	B-Nr. b	
Bereichs-Nr.	Kundenstamm-Nr.	PWS Nummer	VKZ PRODZ
0		0	

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Gerhard Rupprecht
Vorstand: Dr. Ulrich Rumm (Vorsitzender),
Dr. Michael Albert, Wilfried Johannßen, Ulrich Schumacher
Sitz der Gesellschaft: München
Amtsgericht München HRB 2212

Postadresse:
Hauptverwaltung
80291 München

Versicherungsnummer

- 5

Sind Sie bereits Kunde der Allianz Privaten Krankenversicherung?*) ja nein



1. Antragsteller Herr Frau Firma

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

Änderung zu den bisherigen Angaben?*) ja nein

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

2. Einzugsermächtigung Änderungen zu den bisherigen Angaben ja nein

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

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

Name und Ort des Geldinstitutes, Zweigstelle
Bankleitzahl Kontonummer

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

Anderes Konto für die Versicherungsleistungen der Allianz Privaten Krankenversicherung

Name des Geldinstitutes Bankleitzahl Kontonummer

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

4. Versicherungs-/Änderungsbeginn 0 1

5. Kranken-/Pflegeversicherung

Antrag Ich beantrage den Abschluss eines Kranken-/Pflegeversicherungsvertrages für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen.

Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer. Vertragsdauer/Wartezeiten: siehe Ziffer 17.8

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

mit folgendem Vertragspartner:

Ich bin beim Vertragspartner seit Mitarbeiter Mitglied Versicherter.

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

6. Zu versichernde Personen (zusätzlich Familienname, wenn nicht wie Antragsteller) Ein zweiter Antrag mit weiteren Personen folgt ja nein

Table with columns: Pers., Vorname, Geschl., Geb.-Datum, Ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Studienfachrichtung, Stationäre Absicherung bei der Beihilfe

Bei vom Antragsteller abweichender Staatsangehörigkeit, bitte angeben: Pers. Welche Staatsangehörigkeit? Seit wann in der BRD?

6.1 Antrag nach PSKV-Tarifen: Hochschule Das Merkblatt für Studenten habe ich erhalten.

6.2 Voraussichtliche(s) Dauer/Ende der Bundeswehrzeit/Ausbildungszeit?

Zeitsoldat von/bis Beamten-anwärter bis Studium bis

7. Tarife/Beiträge Monatsraten in EURO

Table with columns: Pers., Tarif, Tages-satz EUR, Tarifbeitrag, (+) Zuschlag (-) Abschlag, Monatsrate*) wegfall. Tarif/Tgs.

Tarif AP oder 724P: Bei vorhandenen Sehhilfen pro Person 3 EUR Zuschlag

Tarif AZ01: Bei vorhandenen Sehhilfen pro Person 2 EUR Zuschlag

Gesamtmonatsrate Pflege-Pflichtversicherung Zwischensumme unveränderte Monatsrate Gesamtmonatsrate Krankenversicherung

*) Ggf. mit gesetzlichem Beitragszuschlag (BTZ) aus der Krankheitskostenvollversicherung für ambulant, stationär, Zahn und ggf. ergänzende Zusatztarife.

8. Angaben bei Krankentagegeldtarifen und Tarif ES 600

Arbeitnehmer:

Durchschnittliches monatl. Nettoeinkommen der letzten 12 Monate aus dieser Tätigkeit

Person _____

Person _____

Dauer der Gehaltsfortzahlung

EUR

EUR

Wochen

Wochen

Erhalten Sie Bezüge nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag (BAT) / Tarifvertrag für den öffentl. Dienst (TVöD) oder in Anlehnung an diese?

ja, nach BAT seit/ab _____

ja, nach BAT seit/ab _____

ja, nach TVöD seit/ab _____

ja, nach TVöD seit/ab _____

Selbstständige:

Gewerbe angemeldet bzw. Gewerbeerlaubnis vorhanden?

nein

nein

ja, seit/ab _____

ja, seit/ab _____

Anzahl der Vollzeitbeschäftigten _____

Anzahl der Vollzeitbeschäftigten _____

Einkünfte der letzten 12 Monate aus dieser Tätigkeit? (Gewinn zzgl. betrieblicher Abschreibungen)

EUR

EUR

Freiberufler:

Einkünfte der letzten 12 Monate aus dieser Tätigkeit? (Betriebeinnahmen = Umsatz)

EUR

EUR

Arbeitnehmer/Selbstständige/Freiberufler/Praxisvertretung:

Name und Anschrift des Arbeitgebers/Geschäftsadresse/Praxis

Seit wann wird die jetzige berufliche Tätigkeit ausgeübt?

Monat/Jahr

Monat/Jahr

9. Angaben zur Pflege-Pflichtversicherung (PPV)

9.1 Pers.	Verwandtschaftsverhältnis der zu versichernden Personen (Ziff. 6) zum Antragsteller (z. B. Ehepartner/eingetragener Lebenspartner/Kind)	Ort der berufl. Tätigkeit: Altes/Neues Bundesland	Übersteigt das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen die Grenze für die Familienversicherung?*)	Pflege-pflichtversichert (lückenlose Angaben ab 1.1.1995 bitte Bescheinigung oder Kopie vom Vers.-Schein beifügen)
_____	_____	<input type="checkbox"/> Alt <input type="checkbox"/> Neu	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	bei _____ von – bis _____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Alt <input type="checkbox"/> Neu	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 1 EStG).

Wird das Gesamteinkommen voll oder zum Teil durch die Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV erzielt, gilt eine Einkommensgrenze von 400 EUR

Pers. Gesamteinkommen

A kleiner/gleich 400 EUR ja nein

B kleiner/gleich 400 EUR ja nein

Angaben zum Ehepartner/eingetragenen Lebenspartner, wenn dieser nicht als zu versichernde Person aufgeführt ist:

Name, Vorname

Alt Neu ja nein

Bei Alleinversicherung von Personen unter 27 Jahren, deren regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen die Grenze für die Familienversicherung*) nicht übersteigt, ist ein Nachweis der bestehenden Pflege-/Pflichtversicherung beider Eltern mit Angabe der Gesellschaft und seit wann notwendig.

*) 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des 4. Sozialgesetzbuches, derzeit EUR _____ (vom Vermittler einzutragen)

9.2 Bei folgenden Personen unter 27 Jahren ist die Schul- oder Berufsausbildung durch Wehr- oder Zivildienst aufgeschoben oder unterbrochen worden:

Pers. _____ von – bis _____ Pers. _____ von – bis _____

9.3 Die PPV wird nicht beantragt, weil anderweitig geführt

Beleg liegt bei , wird nachgereicht .

bei nachfolgender Gesellschaft _____ (Nachweis gesetzlich vorgeschrieben)

10. Mitgliedschaft in einer Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) / Anspruch auf Heilfürsorge Angaben wie bisher, sofern nicht nachstehend vermerkt.

Besteht, bestand in den letzten drei Jahren eine Versicherung bei einer Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) / Anspruch auf Heilfürsorge?

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

11. Andere private Kranken-/Tagegeldversicherungen Angaben wie bisher, sofern nicht nachstehend vermerkt.

Besteht, bestand oder wurde in den letzten 3 Jahren eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherer, bitte auch die Allianz Private Krankenversicherungs-AG nennen, beantragt/abgelehnt (auch Probeantrag)?

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

17 Hinweise und Erklärungen

Hinweise und Erklärungen zum Kranken-/Pflegeversicherungs-Antrag und zur Gruppen-/Kollektivversicherung

17.1 Anzeigepflicht des Antragstellers

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen, Unfallfolgen oder Beschwerden angeben muss. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Personen richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Die Allianz Private Krankenversicherungs-AG hat sich verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen nicht offen gelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmateriale eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit.

17.2 Erklärungen zum Nettoeinkommen bei Anträgen auf Krankentagegeld

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

17.3 Aushändigung der Versicherungsbedingungen

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarife mit Tarifbedingungen werden dem Antragsteller spätestens mit dem Versicherungsschein übersandt, auf Wunsch auch bei Antragstellung ausgehändigt bzw. unverzüglich übersandt.

17.4 Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass der Versicherer aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung Daten zu Beiträgen, Versicherungsfällen, Risiko-/Vertragsänderungen im erforderlichen Umfang übermittelt, und zwar

- zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung an Rückversicherer sowie
- zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer auf direktem Weg oder über den Verband der privaten Krankenversicherung.

Dies gilt auch für die Risikoprüfung zu Verträgen, die ich hier oder bei anderen Versicherern künftig beantrage, und ist in der Personenversicherung außerdem unabhängig vom Zustandekommen eines Vertrages. Gesundheitsdaten dürfen ausschließlich in der Personenversicherung übermittelt werden. Empfänger dürfen Personen- und Rückversicherer sein, der mich betreuende Vermittler nur, sofern dies zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ich willige ferner ein, dass der Versicherer meine allgemeinen Antrags- und Vertragsdaten in gemeinsamen Datensammlungen mit anderen ausgewählten deutschen Gesellschaften der Allianz Gruppe führt und sie an den mich betreuenden Vermittler zur dortigen Verarbeitung und Nutzung übermittelt, soweit dies der Durchführung meiner jeweiligen Vertragsangelegenheiten dient. Nicht zu den allgemeinen Antrags- und Vertragsdaten zählen Gesundheitsdaten sowie Daten über Dritte.

Ich willige weiterhin ein, dass mein Versicherer und der mich betreuende Vermittler über den Zweck dieses Vertrages hinaus meine allgemeinen Antrags- und Vertragsdaten im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung, einschließlich der Beratung zu und des Verkaufs von anderen Finanzdienstleistungsprodukten, nutzen und hierzu auch den ausgewählten Gesellschaften der Allianz Gruppe zur dortigen Verarbeitung und Nutzung übermitteln. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag streichen bzw. jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Meine Einwilligung ist nur wirksam, wenn ich die Möglichkeit hatte, vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen. Dieses wird mir mit dem Versicherungsschein zugesandt und auf Wunsch auch sofort überlassen. Dem Merkblatt zur Datenverarbeitung kann ich weitere wichtige Einzelheiten entnehmen, insbesondere zu den Datenarten und den Zwecken der Verarbeitung und Nutzung sowie die Liste der ausgewählten Gesellschaften der Allianz Gruppe.

17.5 Schweigepflichtbindungserklärung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie die Beschäftigten in Krankenhäusern und Gesundheitsämtern von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtbindung entsprechend – und zwar bis zu 5 Jahren nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und / oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z.B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation). Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

17.6 Weitergabe von Gesundheitsdaten an Beratungsärzte

Ich ermächtige den Versicherer, soweit es zur Beurteilung des Risikos eines beantragten Vertragsabschlusses oder zur Beurteilung seiner Leistungspflicht im Zusammenhang mit Erstattungsanträgen erforderlich ist, Beratungsärzten im erforderlichen Umfang Daten über gesundheitliche Verhältnisse

vorzulegen, die sich aus meinem Antrag, der Vertragsdurchführung oder aus von mir eingereichten Unterlagen sowie von mir veranlassten Mitteilungen ergeben. Die Ermächtigung zur Beurteilung des Risikos eines beantragten Vertragsabschlusses endet fünf Jahre nach Antragstellung. Diese Erklärung gilt auch für die gesetzlich vertretenen zu versichernden Personen.

17.7 Widerspruchsrecht

Der Vertrag gilt auf der Grundlage des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen sowie der Verbraucherinformation, die mit dem Versicherungsschein ausgehändigt werden, als abgeschlossen. Ich kann diesem Vertragsabschluss innerhalb von 14 Tagen nach Überlassung der genannten Unterlagen in Textform widersprechen. Auf dieses Widerspruchsrecht werden wir Sie im Versicherungsschein nochmals gesondert hinweisen.

17.8 Vertragsdauer/Wartezeiten

Die Vertragsdauern/Wartezeiten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) des jeweiligen Tarifes. Die Verträge verlängern sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern sie nicht bedingungsgemäß gekündigt werden bzw. die AVB keine andere Regelung vorsehen.

17.9 Verpflichtungen bis zum Abschluss des Vertrages

Ich verpflichte mich, Behandlungen und Untersuchungen durch Ärzte, Heilpraktiker und Psychotherapeuten und alle Veränderungen im Gesundheitszustand bzw. Gebisszustand der zu versichernden Personen, die bis zum Abschluss des Vertrages eintreten, dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen; das Gleiche gilt für eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft und für anderweitig beantragte Kranken- und/oder Pflegeversicherungen.

17.10 Abschluss des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherer den Versicherungsantrag angenommen hat und ich meiner Vertragserklärung nicht fristgerecht widersprochen habe, sofern ein Widerspruchsrecht besteht. Die Annahme des Antrages wird schriftlich durch den Vorstand erklärt oder durch Aushändigung oder Zusendung des Versicherungsscheines.

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar.

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

17.11 Erklärungen für den Antrag zur Teilnahme an der Gruppen- bzw. Kollektivversicherung

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

17.12 Zusätzliche Verbraucherinformationen

Die Leistungen des Versicherers können sich infolge steigender Heilbehandlungskosten bzw. allgemein häufigerer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Zur dauerhaften Erfüllung des Leistungsversprechens muss der Versicherer bei steigenden Krankheitskosten die Beiträge entsprechend anpassen.

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

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

17.13 Anwendbares Recht

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

17.14 Aufsichtsbehörde

Wir werden uns um ein reibungsloses Versicherungsverhältnis bemühen.

Sollten sich wider Erwarten Beanstandungen ergeben, wenden Sie sich bitte an die vertragsverwaltende Niederlassung, ggf. auch an die Hauptverwaltung in München.

Sie können sich bei Beschwerden aber auch wenden

– an die für uns zuständige Aufsicht. Als Versicherungsunternehmen unterliegen

wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,

Sektor Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Strasse 108, 53117 Bonn

– an den Ombudsmann für die Private Krankenversicherung (Anschrift: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin); die Entscheidung des Ombudsmannes ist unverbindlich.

Datenschutz: Der grau unterlegten Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (Ziffer 17.4) und der Schweigepflichtbindungserklärung (Ziffer 17.5) stimme ich zu.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die weiteren „Hinweise und Erklärungen“.

Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Hinweise und Erklärungen zum Inhalt dieses Antrages. Die Unterschriften des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie ggf. der gesetzlichen Vertreter gelten für alle beantragten Versicherungen.

Ein Ausdruck des Antrags habe ich erhalten

Unterschrift des Antragstellers Ort, Datum

Unterschriften der zu versichernden Personen ab 16 Jahren (ggf. gesetzlichen Vertreter)

Stempel und Unterschrift des Vermittlers

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Gerhard Rupprecht

Vorstand: Dr. Ulrich Rumm (Vorsitzender), Dr. Michael Albert, Wilfried Johannßen, Ulrich Schumacher

Sitz der Gesellschaft: München · Amtsgericht München HRB 2212

Postadresse: Hauptverwaltung, 80291 München

www.gesundheit.allianz.de