

Antrag

Februar  
2013

Allianz Elementar Lebensversicherungs-AG

# Allianz Körperkasko

## Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungs-  
urkunde 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.

Hoffentlich Allianz.

Allianz 

Landesdirektion

Polizzen Nr.

Werber-Name

Werber-Nr.

Tarif

L 95

/

G 1

## Antrag auf Allianz Körperkasko

Zuwachsklausel Grundfähigkeitsversicherung:

 2 % 3 % 4 %

### Grundfähigkeitsversicherung inkl. Deckung bei schwerer Krankheit mit Gewinnbeteiligung.

zu den jeweils aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Grundfähigkeitsversicherung inklusive Deckung bei schwerer Krankheit (Körperkasko).

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

 männlich  weiblich

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

 Firma

Mitarbeiteranzahl: \_\_\_\_\_

Akad. Grad

Anrede

Sozial-Vers.-Nummer

Staatsbürgerschaft

Name

Vorname bzw. Firmenname

Familiename bzw. Firmenname (Fortsetzung)

Geburtsland

Adresse

Land

Straße/Gasse/Platz, Hausnummer/Stiege/Türnummer

PLZ

Ort

Beruf/derzeitige Tätigkeit

E-Mail

Telefon/Mobilnummer

Inkasso-Adresse

Akad. Grad

 männlich  weiblich Firma

Name

Name des Prämienzahlers oder Name der Bank des Prämienzahlers bei Prämieneinzug

Bankleitzahl bzw. BIC

Straße/Gasse/Platz, Hausnummer/Stiege/Türnummer

Bankkonto-Nr. bzw. IBAN

Land

PLZ

Ort oder Adresse der Bank

zu versichernde Person

Akademischer Grad/Vorname/Familiename

 weiblich

Geburtsdatum

 männlich

Beruf mit Angabe der derzeitigen Tätigkeit/Branche

Staatsbürgerschaft

Vertragsdaten

Versicherungsbeginn

Versicherungsdauer

Leistungsdauer

monatliche Rente

Prämie<sup>1</sup>

Zahlweise

01.

Jahre

Jahre

 mtl. ½-jährl.<sup>1</sup> Versicherungssteuer 4 %; Unterjährigkeitszuschlag bei mtl., ¼-, oder ½-jährlicher Zahlungsweise: 2,5 %, 2 %, 1,5 %.Prämie abzügl. Gewinnbet.<sup>1,2</sup><sup>2</sup> Prämie nach Abzug der Prämie für den Leistungsbonus (Gewinnbeteiligung).

Bezugsrecht

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

Bitte jede Frage einzeln beantworten und Zutreffendes ankreuzen. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich an den Versicherer schriftlich nachzuholen. Geben Sie bei den Antworten auf die nachfolgenden Fragen auch solche Umstände an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Die Fragen müssen zur Vermeidung von Nachteilen wahrheitsgemäß und vollständig schriftlich beantwortet werden. Mündliche Angaben gegenüber dem Vermittler sind nicht ausreichend.

1. Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf oder beim Sport ausgesetzt? (z. B. Strahlen, Sprengstoff, Flugsport, Bergsport, Wettfahrten, Aufenthalt in politischen Unruhegebieten usw.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Wurden Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Pflege- oder Unfallversicherungsanträge auf Ihr Leben gestellt bzw. bestehen solche Verträge? Wurden für Versicherungen auf Ihr Leben (Leben, Unfall, Pflege, Berufsunfähigkeit) Prämienzuschläge oder Leistungseinschränkungen verlangt oder kam die Versicherung nicht zustande? Wurden Leistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit beantragt? Bitte genaue Angaben! Summen? Wann? Name des Unternehmens?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Beziehen oder bezogen Sie eine Rente oder Pension wegen eines Unfalls oder aus gesundheitlichen Gründen (Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit) oder ist eine solche beantragt? (Höhe der monatlichen Rente, von wem?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Wenn Sie eine oder mehrere Fragen zu den Ziffern 1 bis 3 bejaht haben, machen Sie bitte nähere Angaben.**

4. Name und Anschrift des Hausarztes bzw. des Arztes, der am besten über Ihren Gesundheitszustand Auskunft geben kann:	
5. Werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen der Folgen von Alkoholgenuss beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Körpergröße / Gewicht _____ cm _____ kg	
7. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-/Kuraufenthalte, Entzugsbehandlungen, Psychotherapien oder Operationen (auch ambulant) stattgefunden oder sind solche für die nächsten 12 Monate ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, in Behandlung oder zur Untersuchung wegen Krankheiten oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?	
a) Herz, Kreislauf (z. B. Bluthochdruck, Herzrasen, Brustschmerzen, Herzinfarkt, Schlaganfall)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Atmungsorgane (z. B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) Verdauungsorgane (z. B. Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d) Harn-, Geschlechtsorgane (z. B. Nieren, Blase, Unterleib, Brust)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e) Stoffwechsel (z. B. Diabetes, erhöhtes Cholesterin von mehr als 250 mg/dl bzw. 6,47 mmol/l, Schilddrüsenerkrankungen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
f) Blut-, Tumorerkrankungen (z. B. Krebs)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
g) Psyche, Gehirn, Nervensystem (z. B. Depressionen, Bulimie, Suizidversuch, Multiple Sklerose)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
h) Entzündliche Gelenks-, Bindegeweberkrankungen (z. B. Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Bechterew)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (z. B. Tuberkulose, Malaria, Hepatitis)? Wurde eine HIV Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
j) Rücken, Bewegungsapparat (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen über mehr als 4 Wochen Dauer, Arthrose, Bandscheibenschaden, Folgen früherer Verletzungen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
k) Sinnesorgane (z. B. grauer oder grüner Star, Netzhautablösung, sonstige Erkrankung der Augen, Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, Hörsturz, Tinnitus oder sonstige Hörstörung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Haben Sie derzeit oder hatten Sie in den letzten 3 Monaten Beschwerden in einem der unter Nr. 8a) – k) genannten Bereiche oder werden Ihnen wegen der Erkrankungen oder Beschwerden Medikamente verordnet? Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Wenn Sie eine oder mehrere Fragen zu den Ziffern 5–9 bejaht haben, benötigen wir noch folgende Angaben** (ggf. gesondertes Beiblatt einfügen):

Nr.	Art der Krankheit, Verletzung, d. Medikamentes u.s.w.	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte, Heil-, Kuranstalten - genaue Anschrift

**Ab einer beantragten Rente von über EUR 1.000,- monatlich beantworten Sie bitte zusätzlich den Fragebogen „Fragen zu Beruf und Einkommen bei beantragter Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente“.**

- 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. Zustelladresse geführt wird.
  3. Alle Antragsteller sind an diesen Antrag sechs Wochen gebunden.
  4. Alle Antragsteller ermächtigen den Versicherer und die kontoführende Bank widerruflich, die von ihnen zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten ihres Kontos einzuziehen/abzubuchen. Die Antragsteller haben das Recht, innerhalb von 56 Kalendertagen ab Abbuchungsdatum ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei ihrer Bank zu veranlassen.
  5. Sofern der Versicherungsnehmer nichts anderes bestimmt, wird bei Ableben des Versicherungsnehmers die versicherte Person Versicherungsnehmer (außer bei Firmenversicherungen).
  6. 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.

**Zustimmung zur Datenverwendung:**

Alle Antragsteller sowie zu versichernden Personen stimmen zu, dass ihre Personenidentifikationsdaten (wie z. B. Name, Adresse) und Vertragsdaten (Produkt, Leistungsumfang, Laufzeit) – keinesfalls jedoch sensible Daten von der Allianz Elementar Versicherungs-AG, Allianz Elementar Lebensversicherungs-AG, der Top Versicherungsservice GmbH oder der Allianz Investmentbank AG einerseits zur Beratung und Betreuung (z. B. Vertragsanpassungen) sowie zwecks Zusendung von Marketingaktionen (z. B. Bonusgarantien, Tankgutscheine) und Produktvorschlägen (entweder per Post, Fax, E-Mail oder telefonisch) verwendet werden dürfen. Keinesfalls werden diese Daten an andere Unternehmen weitergegeben oder weiterverkauft. Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

**Pflichtfeld: Bitte ankreuzen**

Dieser Vereinbarung wird ausdrücklich zugestimmt:  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:

- Rücktrittserklärungen und Kündigungen
- Anträge auf Prämienfreistellungen 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. Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signaturgesetz ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt.

**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. Telefax oder E-Mail) entsprochen. Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen der Antragsteller, den zu versichernden Personen oder sonstiger Dritter sind nicht wirksam.

Gesetzliche Schriftformgebote bleiben von dieser Vereinbarung unberührt.

**Pflichtfeld: Bitte ankreuzen**

Dieser Vereinbarung wird ausdrücklich zugestimmt:  ja  nein (Wenn Sie diesem Punkt nicht zustimmen, kommt kein Vertrag zustande!)

**Vereinbarung der elektronischen Kommunikation:** Alle Versicherungsbedingungen, Versicherungsurkunden nach Maßgabe des § 3 Abs 1 VersVG sowie Erklärungen und sonstige Informationen im Zusammenhang mit allen Antragstellern abgeschlossenen oder künftig abzuschließenden Verträgen können rechtswirksam elektronisch an die von Ihnen bekannte E-Mail-Adresse übermittelt werden. Wenn Inhalte im Kundenportal (passwortgeschützter Log-in Bereich) der Allianz Elementar Versicherungs-AG oder der Allianz Elementar Lebensversicherungs-AG in die elektronische Kommunikation miteinbezogen werden, erhalten Sie ein E-Mail mit integriertem Link.

Erklärungen und Informationen, die an den Versicherer gerichtet werden, sind an die auf der Homepage [www.allianz.at](http://www.allianz.at) in den Kontaktdaten angeführte E-Mail-Adresse zu übermitteln. Alle Antragsteller verfügen über einen regelmäßigen Zugang zum Internet. Ihre E-Mail-Adressen sind die von Ihnen für das Kundenportal definierten E-Mail-Adressen. Sowohl alle Antragsteller als auch der Versicherer verpflichten sich, Änderungen in Bezug auf den Internetzugang sowie die E-Mail-Adresse bekannt zu geben. Auch bei vereinbarter elektronischer Kommunikation haben die Antragsteller das Recht, jederzeit – jedoch jeweils nur einmalig kostenfrei – elektronisch erhaltene Informationen auf Papier oder in einer anderen vom Versicherer allgemein zur Auswahl gestellten Art ausgefolgt zu erhalten.

Von der Möglichkeit zur elektronischen Kommunikation sind Erklärungen, Urkunden und Informationen ausgenommen, die aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift oder einer vertraglichen Vereinbarung, wie etwa der **Vereinbarung zur Form von Erklärungen und anderen Informationen**, der Schriftform (mit Unterschrift) bedürfen.

Die Vereinbarung über die elektronische Kommunikation kann von den Antragstellern oder vom Versicherer jederzeit widerrufen werden.

**Pflichtfeld: Bitte ankreuzen**

Dieser Vereinbarung wird ausdrücklich zugestimmt:  ja  nein

**Bitte beachten Sie auch die produktspezifischen Hinweise, die Steuerhinweise und Informationen auf der Rückseite. Sie machen diese durch Ihre Unterschrift zum Inhalt des Antrages.**

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

**Ausweisdaten**

**Identifizierung des Versicherungsnehmers nach dem „Geldwäsche-Gesetz“:**

ausgewiesen durch  Nr.  ausgestellt am  von

**Vermittler und Antragsteller bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass dem Antragsteller eine Zweitschrift des Antrages inklusive der Bestimmungen über die Versicherungsleistungen, sowie ein vollständiger Vorschlag übergeben wurde.**

**Unterschrift**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Vermittler	Antragsteller (Versicherungsnehmer)	zu versichernde Person

## 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 VersVG bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

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 14tägigen 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.

### 4. Zustimmung zur Verwendung personenbezogener Daten im Rahmen des ZIS

Das Zentrale Informationssystem (ZIS) des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7, ist eine Einrichtung der Versicherungswirtschaft zur Verhinderung und Bekämpfung von Geldwäsche, Versicherungsmissbrauch und Versicherungsbetrug in der Kranken-, Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung. Alle Antragsteller und zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, geändert oder fortgesetzt wird, sowie zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, Personenidentifikationsdaten (Name, Geburtsdatum) sowie das Meldedatum, die betroffene Versicherungssparte und Daten zum Meldestatus (jedoch keine Gesundheitsdaten) im Rahmen des ZIS in Einzelfällen an andere die Personenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen übermitteln und von diesen auch erhalten kann.

**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 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 können Leistungsansprüche nicht fällig werden.**

Unter-  
schrift

Ort, Datum

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

zu versichernde Person

# Informationsblatt zur Allianz Körperkasko

## Produktbeschreibung

### 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 beider Hände
- Knien oder Bücken
- Autofahren
- 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 „Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall“ und „Versicherte körperliche und geistige Fähigkeiten“ entnehmen.

### Voraussetzungen einer Kapitalleistung bei schweren Krankheiten

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

### Versicherte schwere Krankheiten

- Krebs
- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Multiple Sklerose
- Koma
- 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 „Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall“ und „Versicherte schwere Krankheiten“ entnehmen.

### 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 rechnerisch nicht älter als 55 Jahre ist (Alter zu dem Geburtstag, der dem jährlichen Erhöhungstermin am nächsten liegt).

### Gewinnbeteiligung

Im Wege der Gewinnbeteiligung sind Sie an den Überschüssen beteiligt. 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.

### Anwendbares Recht

Für sämtliche Rechtsbeziehungen gilt österreichisches Recht ohne die Verweisungsnormen des österreichischen internationalen Privatrechts.

### Aufsichtsbehörde

Den Versicherungsvertrag betreffende Beschwerden richten Sie bitte an die Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA), 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5 ([www.fma.gv.at](http://www.fma.gv.at)).

### Rücktrittsrecht

Die Ihnen zustehenden Rücktrittsrechte entnehmen Sie bitte dem vollständigen Vorschlag bzw. den allgemeinen Versicherungsbedingungen.

### Steuerliche Hinweise für Privatkunden – Stand November 2012

(Vorbehaltlich Änderungen durch den Gesetzgeber)

Es ist nicht möglich, hier auf alle Steuerbestimmungen im Zusammenhang mit Lebensversicherungen einzugehen. Fragen richten Sie bitte an uns oder an Ihren Steuerberater.

### Versicherungssteuer

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

### Sonderausgaben

Im Rahmen des § 18 EStG können die Prämien als Sonderausgaben geltend gemacht werden.

### Besteuerung der Versicherungsleistung

Einmalige Versicherungsleistungen unterliegen weder der Einkommen- noch der Kapitalertragsteuer. Laufende Renten unterliegen der Einkommensteuer, sobald die Summe der Renten den Wert der Gegenleistung übersteigt (siehe § 29 EStG).