

Versicherte Person Herr Frau Titel _____

Name _____

Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____

Postleitzahl, Ort _____

An
Allianz Private Krankenversicherungs-AG

10870 Berlin

Ort, Datum**Antragsnummer** _____**Versicherungsnummer** _____**Bestätigung der Leistungsfreiheit bei der privaten Krankenversicherung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätige ich, dass die oben genannte versicherte Person im Zeitraum vom _____ bis heute bei ihrer bisherigen privaten Krankenversicherung (Vorversicherung) leistungsfrei war.

Hierüber füge ich entsprechende Nachweise (z. B. Bescheinigungen über Beitragsrückerstattungen) bei.

Sollte für das aktuelle bzw. letzte Kalenderjahr vor dem Versicherungsbeginn bei der Allianz Privaten Krankenversicherungs-AG kein Nachweis vorliegen, so reicht diese Bestätigung als Nachweis für diesen Zeitraum aus.

Sollte die versicherte Person nach Abgabe dieser Bestätigung noch Leistungen ihres Vorversicherers erhalten, werde ich dies unverzüglich der Allianz Privaten Krankenversicherungs-AG mitteilen.

Mir ist bewusst, dass ich zu wahrheitsgemäßen Angaben verpflichtet bin. Falschangaben können zu Rückforderungsansprüchen der Allianz Privaten Krankenversicherungs-AG führen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift**Hinweis:**

Bitte reichen Sie diese Bestätigung spätestens 6 Monate nach Versicherungsbeginn ein, sofern wir leistungsfreie Zeiten des Vorversicherers der versicherten Person bei der Ermittlung unserer erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung berücksichtigen sollen. Details und Erläuterungen entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung – BONUS für Ihre Gesundheit“. Als leistungsfrei gilt ein Kalenderjahr auch dann, wenn die versicherte Person für dieses lediglich Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen hat.