

**Versicherte Person**     Herr    Frau   Titel \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

An  
Allianz Private Krankenversicherungs-AG  
10870 Berlin

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

**Auftragsnummer** \_\_\_\_\_

**Versicherungsnummer** \_\_\_\_\_

## Bestätigung der Leistungsfreiheit bei der gesetzlichen Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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.

Wenn mehr als ein leistungsfreies Jahr angerechnet werden soll, müssen hierüber entsprechende Nachweise (z. B. Leistungsauskunft der gesetzlichen Krankenkasse) beigelegt werden.

Sollte die versicherte Person nach Abgabe dieser Bestätigung noch Leistungen ihrer Vorversicherung 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 meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Aussage zur Leistungsfreiheit bei der Vorversicherung sowie etwaige eingereichte Nachweise nicht im Widerspruch zu den im Antrag abgegebenen Erklärungen zum Gesundheitszustand der versicherten Person steht.**

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

### Hinweis:

Bitte reichen Sie diese Bestätigung zusammen mit Ihrem Versicherungsantrag ein, sofern wir leistungsfreie Zeiten der Vorversicherung der versicherten Person bei der Ermittlung unserer erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung berücksichtigen sollen. Nach Vertragsschluss eingereichte Bestätigungen können wir leider nicht mehr berücksichtigen. 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 Leistungen bis zu einem Gesamtwert in Höhe von 300 Euro in Anspruch genommen hat.