Allianz

Eingaben löschen | Drucken

Teilnahmeerklärung

(bitte ankreuzen bzw. ergänzen)

Name* _____

Anschrift* _____

Versicherungsnummer (bei der APKV)* _____

Ich beantrage zum _____ die Teilnahme am

☐ Gruppenversicherungsvertrag

☐ Kollektivvertrag Vertragsnummer (falls bekannt) _____

mit („Vertragspartner") _____

Diese Erklärung kann nur dann berücksichtigt werden, wenn gemäß den Bedingungen des Gruppenversicherungs- bzw. Kollektivvertrages eine Teilnahme möglich ist.

Auszufüllen, wenn der Vertragspartner eine Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuches oder ein Verein/Verband ist

Ich bin seit dem/werde zum _____

☐ Versicherte bzw. Versicherter des Vertragspartners

☐ Mitglied des Vertragspartners – Mitglieds-Nr. _____

Art der Mitgliedschaft: ☐ ordentlich ☐ außerordentlich ☐ _____

☐ Inhaberin bzw. Inhaber ☐ Mitglied von Vorstand bzw. Geschäftsführung

☐ _____

bei folgendem Mitglied des Vertragspartners

Name des Mitglieds _____

Anschrift des Mitglieds _____

Mitglieds-Nr. _____

Den notwendigen Nachweis über meine Beziehung zum benannten Mitglied habe ich beigelegt.

Ein Nachweis über die Mitgliedschaft beim Vertragspartner ist für eine Teilnahme am Vertrag zwingend erforderlich!

Als Nachweis habe ich beigefügt:

☐ Original unterzeichneter Mitgliedschaftsantrag (bei Neumitgliedschaft)

☐ Kopie der Mitgliedschaftsbestätigung (bei bereits bestehender Mitgliedschaft)

G1-50-900Z0 (04V) PDF.2.23

PESVA00580

* der Antragstellerin bzw. des Antragstellers

Name* _____

Auszufüllen, wenn der Vertragspartner eine Firma/der Arbeitgeber ist

Ich bin seit dem _____

☐ Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter ☐ Mitglied von Vorstand bzw. Geschäftsführung

☐ _____

bei ☐ dem Vertragspartner

☐ folgendem inländischen verbundenen Unternehmen des Vertragspartners
(Name und Anschrift des inländischen verbundenen Unternehmens)

_____

Ich nehme am o.g. Gruppenversicherungs- bzw. Kollektivvertrag zwischen dem Vertragspartner und der Allianz Private Krankenversicherungs-AG teil. Das Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis dieses Vertrages werde ich der Allianz Private Krankenversicherungs-AG unverzüglich mitteilen. Die Bestimmungen des Gruppenversicherungs- bzw. Kollektivvertrages erkenne ich an.

Ich willige ein, dass der Vertragspartner der Allianz Private Krankenversicherungs-AG zur Ermittlung der teilnahmeberechtigten Personen meine Zugehörigkeit zum versicherbaren Personenkreis des o.g. Gruppenversicherungs- bzw. Kollektivvertrages sowie mein Ausscheiden daraus mitteilen darf. Erteile ich diese Einwilligung nicht oder widerrufe sie später, ist eine Teilnahme am o.g. Gruppenversicherungs- bzw. Kollektivvertrages nicht möglich.

Ort, Datum, Unterschrift

* der Antragstellerin bzw. des Antragstellers