

# RISIKOVORANFRAGE

BITTE FÜLLEN SIE DIESES FORMULAR IN DRUCKBUCHSTABEN AUS.

Dieses Formular ist lediglich eine Voranfrage und stellt weder einen bindenden Vertrag noch ein Angebot für Versicherungsschutz dar. Die Versicherungsbedingungen können nur nach Erhalt eines vollständig ausgefüllten Antragsformulars und etwaigen begleitenden medizinischen Befunden und anderen Unterlagen durch Bewertung des Risikoprüfungsteams von Allianz Partners angeboten werden.

Herr  Frau  Titel

Vorname

Nachname

Geburtsdatum   /   /

Geschlecht: männlich  weiblich

Größe und Gewicht   cm    kg

Rauchen Sie? Ja  Nein

Falls ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

Konsumieren Sie Alkohol? Ja  Nein

Falls ja, wie viele Einheiten pro Woche? (1 Schnaps = 1 Einheit, 250ml Bier = 1 Einheit, 1 Glas Wein = 1 Einheit)

Nationalität

Land des Hauptwohnsitzes   
(Das Land, in dem Sie und Ihre Angehörigen (falls zutreffend) länger als sechs Monate im Jahr leben/leben werden)

Beruf

Gewünschter Versicherungsschutz    Stationär     Ambulant     Rücktransport     Zahn     Mutterschaft

## ANGABEN ZU ERKRANKUNGEN

Diagnose oder Symptome

Datum des erstmaligen Auftretens der Symptome   /   /

Datum des letzten Auftretens der Symptome   /   /

Ergebnisse der Untersuchungen, Bluttests oder der abgelesenen Werte

Aktuelle medizinische Behandlungen, einschließlich Operationen (falls zutreffend)

Komplikationen (falls aufgetreten)

Einzelheiten von Folgeuntersuchungen

Ist eine vollständige Genesung erfolgt? **Bitte legen Sie jegliche medizinische Unterlagen bei (z. B. Untersuchungsberichte), falls vorhanden.**

Sollte der Platz nicht für alle Erkrankungen ausreichen, benutzen Sie bitte ein weiteres Formular.

# DER SCHUTZ IHRER PERSÖNLICHEN DATEN IST UNS WICHTIG

Unser Datenschutzhinweis erklärt, wie wir Ihre Privatsphäre schützen. Dies ist eine wichtige Information, die erklärt, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden. Sie sollten diese Information lesen, bevor Sie Ihre persönlichen Daten an uns übermitteln. Um unseren Datenschutzhinweis zu lesen, gehen Sie auf: [www.allianzworldwidecare.com/de/datenschutz](http://www.allianzworldwidecare.com/de/datenschutz)

Alternativ können Sie uns auch unter der Telefonnummer **+ 353 1 630 1302** anrufen und eine Kopie unseres Datenschutzhinweises anfragen. Falls Sie Fragen dazu haben, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden, können Sie uns auch gerne per E-Mail kontaktieren: [AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com)

## ERKLÄRUNG

Lesen Sie die folgenden Erklärungen bitte sorgfältig durch und unterschreiben Sie sie nur, wenn Sie sie verstehen und akzeptieren:

- (a) Ich erkläre, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind, einschließlich aller Informationen, die nicht von mir persönlich eingetragen wurden. Ich habe keine wesentlichen Fakten weggelassen, verfälscht oder unrichtig dargestellt. Mir ist bekannt, dass dieser Vertrag nichtig ist, wenn ich falsche, inkorrekte oder irreführende Angaben mache oder wissentlich wesentliche medizinische Angaben verschweige.
- (b) Ich stimme zu, auf alle Rechte hinsichtlich medizinischer/ärztlicher Schweigepflicht in Bezug auf meine medizinischen Daten und Informationen zu verzichten und mir ist bekannt, dass Allianz Partners - soweit hierzu Anlass besteht - Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüfen kann. Ich bevollmächtige Ärzte, Zahnärzte, Angehörige von Heilberufen sowie Mitarbeiter medizinischer Einrichtungen und Gesundheitsbehörden, alle relevanten medizinischen Daten und Informationen im Zusammenhang mit meiner Person auf Anfrage an Allianz Partners, deren medizinische Berater und ernannte Vertreter oder andere Experten, vorbehaltlich geltender rechtlicher Bestimmungen, im Falle von Streitigkeiten weiterzugeben. Diese Erklärung gebe ich auch für im Formular genannte Minderjährige ab, einschließlich der von mir gesetzlich vertretenen Personen, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Diese Erklärung und dieses Formular müssen von dem oben genannten Fragesteller unterschrieben und datiert werden.

Wenn sich dieses Formular auf eine minderjährige Person bezieht, muss dieser Abschnitt von einem Elternteil oder dem Vormund unterzeichnet werden.

Unterschrift des Antragstellers

Name des Antragstellers in Druckbuchstaben

Datum

## KONTAKTDATEN DES VERMITTLERS

Bitte geben Sie den Namen und die E-Mail Adresse derjenigen Person an, die wir hinsichtlich dieses Formulars kontaktieren sollen.

Name

E-Mail

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und jegliche zusätzliche Unterlagen per E-Mail an: [underwriting@allianzworldwidecare.com](mailto:underwriting@allianzworldwidecare.com)

Dieses Dokument ist eine Übersetzung des original auf Englisch verfassten „Preliminary Underwriting Medical Enquiry Form“. Die englische Originalversion gilt ausschließlich als rechtlich verbindlich. Auch wenn Unterschiede zwischen der übersetzten Version und der englischen Originalversion bestehen, gilt die englische Version als rechtlich verbindlich. AWP Health & Life SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 401 154 679 RCS Bobigny. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister, Registernummer: 907619. Anschrift: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. Allianz Partners ist eine eingetragene Firma von AWP Health & Life SA.