Internationale Krankenversicherungstarife

# ANTRAGS-FORMULAR

Bitte beachten Sie, dass Sie einen **Antrag** auf unsere **internationalen Krankenversicherungstarife für Einzelkunden und Familien** auch **online** auf **www.allianzworldwidecare.com** stellen können.

Allianz Care

**BITTE FÜLLEN SIE DIESES FORMULAR IN DRUCKBUCHSTABEN AUS.**

Falls Sie einen Angehörigen hinzufügen möchten, geben Sie bitte Ihre bestehende Versicherungsnummer an:

Falls Sie einem bestehenden Gruppenvertrag beitreten möchten, geben Sie bitte folgendes an:

Gruppenname

Gruppennummer

Wo immer die nachstehenden Begriffe und Ausdrücke in diesem Formular verwendet werden, haben sie die Bedeutung, wie unten angegeben.
**Heimatland:** Das Land, für das Sie (und Ihre Angehörigen, falls zutreffend) über einen gültigen Pass verfügen und/oder in dem Sie Ihren Hauptwohnsitz angemeldet haben.
**Land des Hauptwohnsitzes:** Das Land, in dem Sie (oder Ihre Angehörigen, falls zutreffend) mehr als sechs Monate des Jahres leben.

## 1 ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER (der Antragsteller wird als Hauptversicherter geführt)

Es ist wichtig, dass Sie uns über jegliche Änderung Ihrer Kontaktdaten informieren, damit wir sicherstellen können, dass Sie sämtliche Korrespondenz erreicht. Wir können Antragsteller bis zu dem Tag vor ihrem 76. Geburtstag für Versicherungsschutz berücksichtigen.

Herr ☐ Frau ☐ Titel Vorname

Nachname

Geburtsdatum T T / M M / J J J J Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐

Heimatland

Nationalität

Land des Hauptwohnsitzes

Adresse im Land des Hauptwohnsitzes (Pflichtfeld)

Haupttelefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

Alternativtelefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

E-Mail Adresse (Pflichtfeld)

Beruf (Pflichtfeld) (falls Student, bitte angeben)

Wählen Sie die Sprache, in der Sie Ihre Versicherungsunterlagen erhalten möchten:

Deutsch ☐ Englisch ☐ Französisch ☐ Spanisch ☐ Italienisch ☐ Portugiesisch ☐

Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung:

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer Beginndatum T T / M M / J J J J

## 2 ZU VERSICHERNDE ANGEHÖRIGE

Als Angehörige gelten der Ehepartner oder Partner und sämtliche Kinder, die finanziell vom Hauptversicherten abhängig sind, bis zu dem Tag vor ihrem 18. Geburtstag oder bis zu dem Tag vor ihrem 24. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden. Sollte das Kind älter als 18 Jahre alt sein, muss uns der Studentenstatus von der akademischen Institution bestätigt oder eine Kopie des gültigen Studentenausweises vorgelegt werden. Wir können erwachsene Angehörige nur bis zu dem Tag vor ihrem 76. Geburtstag für Versicherungsschutz berücksichtigen. Falls der Platz nicht für alle Angehörigen ausreicht, benutzen Sie bitte ein weiteres Antragsformular.

| | Angehöriger 1 | Angehöriger 2 | Angehöriger 3 |
|---|---|---|---|
| Verhältnis zum Hauptversicherten | Ehegatte/Partner ☐ Kind ☐ | Ehegatte/Partner ☐ Kind ☐ | Ehegatte/Partner ☐ Kind ☐ |
| Vorname | | | |
| Nachname | | | |
| Geburtsdatum | T T / M M / J J J J | T T / M M / J J J J | T T / M M / J J J J |
| Geschlecht | männlich ☐ weiblich ☐ | männlich ☐ weiblich ☐ | männlich ☐ weiblich ☐ |
| Beruf (Pflichtfeld), falls Student, bitte angeben | | | |
| E-Mail Adresse (muss für alle Angehörigen älter als 18 Jahre angegeben werden) | | | |
| Heimatland | | | |
| Land des Hauptwohnsitzes | | | |
| Nationalität | | | |

Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name der Versicherungs-gesellschaft | | | |
| Versicherungsnummer | | | |

## 3 VERSICHERUNGSBEGINN

Bitte geben Sie das Datum an, an dem Ihr Versicherungsschutz beginnen soll: T T / M M / J J J J

Der Versicherungsschutz besteht erst, wenn wir Ihren Antrag angenommen haben. Die Annahme erfolgt durch die Ausgabe des Versicherungsscheins.

## 4 VERSICHERUNGSSCHUTZ (Dieser Abschnitt muss nicht ausgefüllt werden, wenn Sie sich innerhalb eines Gruppenvertrags anmelden)

Bitte beachten Sie, dass jeder gewählte Tarif dann für alle Versicherten dieses Vertrags gilt.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Geltungsbereich** | ☐ Weltweit | ☐ Weltweit außer den USA | ☐ Afrika | | |
| **Haupttarife** | ☐ Premier Individual | ☐ Club Individual | ☐ Classic Individual | ☐ Essential Individual | |
| **Selbstbeteiligung am Haupttarif** (Beachten Sie bitte, dass entweder eine Selbstbeteiligung am Haupttarif ODER eine Selbstbeteiligung am Ambulanttarif gewählt werden kann und dass eine Selbstbeteiligung für alle Versicherten im Rahmen einer Police und pro Versicherungsjahr gilt. Eine Selbstbeteiligung am Haupttarif steht Versicherten, die sich innerhalb eines Gruppenvertrags anmelden, leider nicht zur Verfügung.) | ☐ Keine Selbstbeteiligung | ☐ € 450/£374/ CHF585/$610 | ☐ € 750/£625/ CHF975/$1.015 | ☐ € 1.500/£1.245/ CHF1.950/$2.025 | ☐ € 3.000/£2.490/ CHF3.900/$4.050 |
| | ☐ € 6.000/£4.980/ CHF7.800/$8.100 | ☐ € 10.000/£8.300/ CHF13.000/$13.500 | | | |
| **Optionale Tarife** (Beachten Sie bitte, dass die optionalen Tarife nur zusammen mit einem der Haupttarife gewählt werden können.) | Ambulanttarif | ☐ Gold Individual | ☐ Silver Individual | ☐ Bronze Individual | ☐ Crystal Individual |
| | Optionale Selbstbeteiligung am Ambulanttarif (Beachten Sie bitte, dass entweder eine Selbstbeteiligung am Ambulanttarif ODER eine Selbstbeteiligung am Haupttarif gewählt werden kann und dass eine Selbstbeteiligung für alle Versicherten im Rahmen einer Police und pro Versicherungsjahr gilt.) | ☐ Keine Selbstbeteiligung | ☐ € 100/£83/ CHF130/$135 | ☐ € 200/£165/ CHF260/$270 | |
| | Mutterschaftstarif (Der Ehepartner/Partner muss im Rahmen der Police ebenfalls mitversichert sein.) | ☐ Premier Maternity (nur zusammen mit dem Haupttarif Premier Individual und einem Ambulanttarif verfügbar) | ☐ Club Maternity (nur zusammen mit dem Haupttarif Club Individual und einem Ambulanttarif verfügbar) | | |
| | Zahntarif | ☐ Dental 1 (nur zusammen mit dem Haupttarif Premier Individual und dem Ambulanttarif Gold Individual verfügbar) | ☐ Dental 2 | | |
| | Rücktransporttarif | ☐ Rücktransporttarif | | | |

Falls der von Ihnen gewünschte Tarif oben nicht aufgelistet ist, geben Sie uns bitte Ihren gewünschten Haupttarif sowie alle weiteren Tarife an:

## 5 VORERKRANKUNGEN

Vorerkrankungen sind Krankheiten oder körperliche Gebrechen, für die im Laufe Ihres Lebens ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind, unabhängig davon, ob Sie eine medizinische Behandlung oder einen ärztlichen Rat erhalten haben. Eine derartige Vorerkrankung bzw. damit verbundene Erkrankung, von der nach angemessenen Maßstäben angenommen werden kann, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hätten haben müssen, wird als Vorerkrankung betrachtet. Vorerkrankungen sind mitversichert, außer es wurde etwas anderes schriftlich durch uns bestätigt. Erkrankungen, die zwischen dem Ausfüllen des Antragsformulars und dem Inkrafttreten Ihrer Police auftreten, werden ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet. Entsprechende Vorerkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden nicht mitversichert, sollten sie nicht angegeben worden sein. **Daher ist es notwendig, dass Sie uns über jegliche Änderung der gemachten Angaben zwischen dem Einreichen des Antragsformulars und der Annahme durch uns informieren**. Sie sind verpflichtet, uns auf Anfrage weitere erforderliche Informationen zur Verfügung zu stellen. Ein vollständig und korrekt ausgefülltes Antragsformular sowie die Angabe aller relevanten Informationen sind Voraussetzung für die Gewährung des Versicherungsschutzes. Wenn Sie bereits Kunde bei uns sind, geben Sie bitte außerdem Informationen zu Krankheiten oder zu einem medizinischen Zustand an, aufgrund welchen/m Sie bereits Erstattungszahlungen von uns erhalten haben.

## 6 GESUNDHEITSANGABEN

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen auf Basis Ihrer gesamten medizinischen Vergangenheit und der Ihrer Angehörigen (falls zutreffend). **Alle wesentlichen Fakten (Fakten, die die Bewertung und Annahme dieses Antrags durch den Versicherer beeinflussen) müssen angegeben werden.** Falsche Angaben oder das Weglassen von Angaben können zur Ungültigkeit des Vertrags führen. **Wenn Sie Zweifel haben, ob ein Fakt wesentlich ist oder nicht, müssen Sie ihn grundsätzlich angeben. Diese Angaben bleiben für zwei Monate gültig, nachdem das Formular ausgefüllt und vom Antragsteller unterzeichnet wurde.**

| | Antragsteller | Angehöriger 1 | Angehöriger 2 | Angehöriger 3 |
|---|---|---|---|---|
| Größe | cm | cm | cm | cm |
| Gewicht | kg | kg | kg | kg |
| Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate Tabakprodukte konsumiert? | Ja ☐ Nein ☐ | Ja ☐ Nein ☐ | Ja ☐ Nein ☐ | Ja ☐ Nein ☐ |
| Wenn ja, geben Sie bitte Ihren täglichen Konsum an. | /Tag | /Tag | /Tag | /Tag |
| Trinken Sie Alkohol? | Ja ☐ Nein ☐ | Ja ☐ Nein ☐ | Ja ☐ Nein ☐ | Ja ☐ Nein ☐ |
| Wenn ja, wie viele Alkoholeinheiten nehmen Sie pro Woche zu sich? (z. B. 1 Schnaps = 1 Einheit, 250 ml Bier = 1 Einheit, 1 Glas Wein = 1 Einheit, falls Sie nichts zu sich nehmen, bitte „keine" angeben) | /Woche | /Woche | /Woche | /Woche |
| Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? Wenn ja, geben Sie bitte an: | Ja ☐ Nein ☐ | Ja ☐ Nein ☐ | Ja ☐ Nein ☐ | Ja ☐ Nein ☐ |
| • Beschwerden | | | | |
| • Dioptrienwerte für jedes Auge (Diese erscheinen auf dem Rezept vom Optiker) | | | | |

1. **Litt eine der in diesem Antrag genannten Personen jemals an bzw. war im Krankenhaus, wurde behandelt oder untersucht aufgrund von:**
   (a) **Jeglicher Art von Herz- oder Kreislauferkrankungen** wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, Herzrhythmusstörung, Herzgeräusche, Brustschmerzen, Blutgerinnsel, Blutkrankheiten, abnormaler Blutdruck oder erhöhte Cholesterinwerte? Ja ☐ Nein ☐
   (b) **Jeglichen dermatologischen Erkrankungen** wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Dermatitis, Hautausschläge, Allergien oder Akne? Ja ☐ Nein ☐
   (c) **Jeglichen endokrinen Erkrankungen** wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Diabetes, Gewichtsprobleme, Gicht oder Schilddrüsenprobleme oder andere hormonelle Ungleichgewichte? Ja ☐ Nein ☐
   (d) **Jeglicher Art von Augen-, Hals-, Nasen,- oder Ohrenerkrankungen** wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) grauer Star, grüner Star, Hörverlust, Probleme mit den Nasennebenhöhlen, Angina oder Polypen? Ja ☐ Nein ☐
   (e) **Jeglichen Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts** wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Magenprobleme, Hernia, Hämorrhoiden, Gallensteine, Dickdarmpolypen, Morbus Crohn, Dickdarmentzündung oder Leberprobleme? Ja ☐ Nein ☐
   (f) **Jeglichen infektiösen Erkrankungen** wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Hepatitis A-B-C, Herpes, HIV, Malaria, Meningitis, Blutinfektionen oder sexuell übertragbare Krankheiten? Ja ☐ Nein ☐
   (g) **Jeglichen Erkrankungen der Muskeln oder der Gelenke** wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Nacken- oder Rückenbeschwerden, Gicht, Arthritis, Lähmungen, Gelenkersatz oder Probleme der Bänder oder Knorpel? Ja ☐ Nein ☐
   (h) **Jeglichen neurologischen Erkrankungen** wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Schlaganfall, Multiple Sklerose, Epilepsie, neurodegenerative Erkrankung oder Anfälle, Migräne, Ischias- oder Nervenschmerzen? Ja ☐ Nein ☐
   (i) **Jeglichen onkologischen Erkrankungen** wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Krebs, Leukämie, Lymphomata, einem Tumor, Hautwunden, Knoten, Zysten, Leberflecken, Polypen oder Muttermale? Ja ☐ Nein ☐
   (j) **Jeglichen psychiatrischen oder psychologischen Erkrankung** wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Depression, Angstzustände, chronisches Müdigkeitssyndrom, Essstörungen oder Alkohol- und Drogenprobleme , Alzheimer oder Demenz? Ja ☐ Nein ☐
   (k) **Jeglichen die Atemwege betreffende Erkrankungen** wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) chronisch obstruktive Pneumopathie, Asthma, Bronchitis, Nasennebenhöhlenentzündung oder Kurzatmig. Ja ☐ Nein ☐
   (l) **Jeglichen urologischen Erkrankungen oder Erkrankungen der Fortpflanzungsorgane** wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) der Nieren oder der Harnwege, Probleme mit der Menstruation, der Fruchtbarkeit, Leiomyom, Endometriose, Erkrankungen der Hoden oder Prostataprobleme? Ja ☐ Nein ☐
   (m) **Jeglicher anderer Unfälle, Verletzungen, Erkrankungen oder Störungen,** die nicht bereits angegeben wurden? Ja ☐ Nein ☐

2. **Trifft folgendes auf eine der in diesem Formular genannten Personen zu:**
   (a) Nimmt aktuell verschriebene Medikamente oder Arzneimittel (einschließlich frei verkäufliche), Tabletten oder erhält andere Behandlungen. Ja ☐ Nein ☐
   (b) Wartet auf eine medizinische Untersuchung, auf weitere Tests oder wartet auf Ergebnisse oder Behandlungen aufgrund eines Unfalls, einer Verletzung, Krankheit oder Störung, die nicht bereits erwähnt wurde. Ja ☐ Nein ☐
   (c) Hat sich **jeglichen nicht-routinemäßigen Tests oder Untersuchungen unterzogen wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf)** Biopsien, Darmspiegelung, Computertomographie (CT), Mammographie, Magnetresonanztomographie (MRT), Papanicolaou-Abstrich (PAP), Prostataspezifischer Antigen-Test (PSA). Ja ☐ Nein ☐
   ***Bitte geben Sie keine Ergebnisse von genetischen (DNA- oder RNA) -Tests an, da diese für die medizinische Risikoprüfung nicht erforderlich sind.***

### FRAGEN 3 UND 4 MÜSSEN NUR AUSGEFÜLLT WERDEN, WENN SIE EINEN ZAHNTARIF ABSCHLIESSEN MÖCHTEN.

3. **Befindet sich eine der in diesem Formular genannten Personen zurzeit in zahnärztlicher Behandlung oder ist angeraten worden, Zahnbehandlungen vornehmen zu lassen?** Ja ☐ Nein ☐
   Wenn ja, füllen Sie bitte einen Zahnfragebogen aus, den Sie von unserer Website herunterladen können:
   www.allianzworldwidecare.com/de/persoenlich/antragsformular/

4. **Trifft folgendes auf eine der in diesem Formular genannten Personen zu:**
   (a) Leidet an Parodontose (erhebliche Erkrankung des Zahnfleisches oder der zahnstützenden Strukturen). Ja ☐ Nein ☐
   (b) Es fehlen Zähne und Zahnersatz ist vorhanden (Kronen, Inlays, Implantate, Brücken oder Füllungen). Ja ☐ Nein ☐
   Wenn ja, geben Sie bitte den Namen der betroffenen Person sowie jeweils die Art der Korrektur und die Anzahl der betroffenen Zähne an, einschließlich der Anzahl der Zähne die überbrückt/-kront sind.

### ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN FÜR FRAGEN, DIE MIT „JA“ BEANTWORTET WURDEN

Wenn Sie eine oder mehrere der Fragen 1, 2, 3 oder 4 mit Ja beantwortet haben, geben Sie in der Tabelle unten bitte weitere Details an. **Teilen Sie uns bitte mit, ob eine vollständige Genesung von Ihnen oder Ihrer Angehörigen stattgefunden hat oder ob es nach der ursprünglichen Diagnose zu Beschwerden bzw. einer Erkrankung kam. Fügen Sie bitte, sofern möglich, aktuelle medizinische Berichte/Testergebnisse bei, die Ihre Angaben unterstützen.**

| Nummer der Frage | Name der betroffenen Person | Diagnose , geben Sie bitte (sofern zutreffend) das betroffene Körperteil an (z. B. linker Arm, rechter Fuß) | Datum der ersten und Datum der letzten Symptome | Häufigkeit und Schwere der Symptome | Untersuchungs-ergebnisse, Bluttests oder Messungen | Frühere/Aktuelle Behandlungen | Aktueller Status (z. B. anhaltend, irgendwelche Komplikationen, vollständige Genesung, Rückfall) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

*Falls der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein weiteres Antragsformular.*

Bitte geben Sie Name, Adresse und Telefonnummer des Hausarztes aller auf diesem Antragsformular genannten Personen an. Bitte verwenden Sie ein weiteres Blatt, falls der Platz nicht ausreichen sollte:

## 7 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. Ich erkenne diesen Antrag als Grundlage für den Vertrag zwischen mir und Allianz Care an. Mir ist bekannt, dass der Vertrag nichtig ist, wenn ich falsche, inkorrekte oder irreführende Angaben mache oder wissentlich wesentliche medizinische Angaben verschweige.

**(b) Ich verpflichte mich, Allianz Care sofort schriftlich darüber zu informieren, falls sich zwischen dem Ausfüllen dieses Antragsformulars und dem Versicherungsbeginn meiner Police an meinem Gesundheitszustand oder dem meiner Angehörigen etwas ändert.**

(c) 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 Care (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 Care, ihre medizinischen Berater und ernannte Vertreter oder andere Experten, vorbehaltlich geltender rechtlicher Bestimmungen, im Falle von Streitigkeiten weiterzugeben. Diese Erklärung gebe ich auch für meine Angehörigen ab, die jünger als 18 Jahre alt sind oder die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

(d) Hiermit erkläre ich:

- Ich habe alle Definitionen, Leistungen, Ausschlüsse und Bedingungen dieses Versicherungsvertrags gelesen und verstanden, einschließlich der Details in Bezug auf Vorerkrankungen.
- Ich habe das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten erhalten, gelesen und gespeichert und ich akzeptiere die Versicherungsbedingungen, die in diesem Dokument zusammengefasst sind und im Versicherungshandbuch ausführlicher beschrieben werden. Basierend auf diesen Informationen, die mir in diesen Dokumenten zur Verfügung gestellt wurden, und der von mir getroffenen Auswahl, glaube ich, dass das ausgewählte Produkt am besten für meine speziellen Versicherungsbedürfnisse geeignet ist.

(e) Mir ist bekannt, dass:

- dieses Antragsformular für zwei Monate gültig ist, nachdem es vollständig ausgefüllt und unterschrieben wurde.
- ich meinen Antrag innerhalb von 30 Tagen nach dem Datum des Erhalts der vollständigen Versicherungsbedingungen meines Vertrags schriftlich (per Brief, E-Mail oder Fax) widerrufen kann. Ich habe in diesem Fall das Recht auf volle Rückerstattung des Versicherungsbeitrags, vorausgesetzt es wurden keine Leistungsansprüche in der Zwischenzeit geltend gemacht.

(f) Ich akzeptiere, dass:

- ich nach Erhalt des Versicherungsscheins den Inhalt in Bezug auf die Richtigkeit der enthaltenen Informationen prüfe. Wenn der Inhalt des Versicherungsscheins von dem Inhalt dieses Antrags abweicht, gilt der Vertrag als geschlossen, wenn ich nicht innerhalb von 30 Tagen nach dem Ausstellungsdatum des Versicherungsscheins widerrufe.
- der Versicherungsvertrag den allgemeinen Versicherungsbedingungen unterliegt, die bei Abschluss des Versicherungsvertrags gelten und im Versicherungshandbuch enthalten sind.
- Der Versicherungsschutz von Allianz Care gegebenenfalls nicht für mich und meine Angehörigen geeignet ist, wenn ich oder meine Angehörigen in einem Land wohnen oder in ein Land ziehen, in dem lokale Vorschriften zu Pflichtkrankenversicherungen gelten (wie z. B. in der Schweiz).
- es in meiner Verantwortung liegt zu überprüfen, ob ich einer lokalen Pflichtkrankenversicherung unterliege, dass mein Versicherungsschutz den Anforderungen der gesetzlichen Bestimmungen in dem Land, in dem ich lebe, entspricht und ich mich vergewissert habe, dass mein Versicherungsschutz angemessen ist.

Als Antragsteller unterschreibe und datiere ich diese Erklärung und dieses Antragsformular im Namen aller in diesem Antrag aufgeführten Personen.

Unterschrift des Antragstellers

Name des Antragstellers in Druckbuchstaben

Datum T T / M M / J J J J

## 8 EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ERFASSUNG UND VERARBEITUNG VON DATEN

Wir benötigen für die Erfassung und Verarbeitung persönlicher Gesundheitsdaten sowie anderer personenbezogener Daten im Zusammenhang mit der Krankenversicherung, die Sie mit uns abschließen möchten, Ihre Einwilligung. Sofern Sie den unten aufgeführten Verarbeitungsweisen Ihrer persönlichen Daten nicht zustimmen, können wir Ihnen die gewünschte Krankenversicherung nicht zur Verfügung stellen oder Erstattungsanträge nicht bearbeiten. Wenn Sie zustimmen, werden Ihre Daten zu den im Folgenden genannten Zwecken verarbeitet.

*Ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter sollte die Einwilligung für jede versicherte Person unter 18 Jahren ausfüllen.*

☐ **Ich, der Antragsteller, die/der erste Angehörige, die/der zweite Angehörige und die/der dritte Angehörige sind mit Folgendem einverstanden:**

| NAME DES ANTRAGSTELLERS ANGEBEN | NAME DER/DES ERSTEN ANGEHÖRIGEN ANGEBEN | NAME DER/DES ZWEITEN ANGEHÖRIGEN ANGEBEN | NAME DER/DES DRITTEN ANGEHÖRIGEN ANGEBEN |
|---|---|---|---|
| | | | |

1. **Einwilligung für die Erfassung, Speicherung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten:** Der Versicherer darf meine Gesundheitsdaten zur Verwaltung meiner Krankenversicherung erfassen, speichern und verwenden, z. B. zur Erstellung eines Angebots für Versicherungsschutz, für die Prüfung der zu versichernden Risiken oder die Bearbeitung von Leistungsanträgen. Der Versicherer darf meine Gesundheitsdaten, in Übereinstimmung mit dem für meine Versicherung geltenden Sozialgesetzbuch oder anderen geltenden Gesetzen zur Aufbewahrung von Daten, speichern.
2. **Einwilligung, dass meine Daten von Drittparteien eingeholt werden dürfen:** Der Versicherer kann meine Gesundheitsdaten und sonstige Daten von Ärzten, Pflege- und Krankenhauspersonal, sonstigen medizinischen Einrichtungen, Pflegeheimen, Fonds der gesetzlichen Krankenkasse, meinem Tarifsponsor, Fachverbänden und öffentlichen Behörden einholen, um den Versicherungsschutz zu gewährleisten, sowie die zu versichernden Risiken zu prüfen und Leistungsanträge zu bearbeiten. Ich entbinde alle Personen in diesen Einrichtungen sowie den Versicherer von ihrer/seiner Schweigepflicht in Bezug auf meine Gesundheitsdaten oder sonstige Daten, die zu den genannten Zwecken geteilt und verwendet werden müssen.
3. **Weitergabe meiner Daten außerhalb des Versicherers:** Der Versicherer kann meine Gesundheitsdaten und sonstige Daten an die nachfolgend aufgeführten Einrichtungen weiterleiten, die diese dann in gleichem Umfang und zu den gleichen Zwecken wie der Versicherer nutzen dürfen. Ich verstehe, dass der Versicherer vertragliche Vereinbarungen mit diesen Einrichtungen getroffen hat, um meine Daten zu schützen. Ich entbinde alle Personen dieser Einrichtungen und den Versicherer von ihrer/seiner Schweigepflicht in Bezug auf meine Gesundheitsdaten oder sonstige Daten, die zu den genannten Zwecken weitergegeben und verwendet werden müssen:
   - Unabhängige medizinische Fachkräfte, sofern es notwendig ist, Versicherungsrisiken und entsprechende Leistungen zu prüfen, die an mich oder an Dritte, die Behandlungen vornehmen oder Dienstleistungen anbieten, im Rahmen meines Versicherungsvertrags gezahlt werden.
   - Dienstleister von Unternehmen außerhalb der Allianz Gruppe, die Dienstleistungen im Namen des Versicherers erbringen. Dazu gehören beispielsweise Risikoprüfungen und die Bearbeitung von Leistungsanträgen, bei denen meine Gesundheitsdaten und andere notwendige Daten erfasst und verwendet werden, sodass der Versicherer meine Versicherung verwalten und Zahlungen für Leistungsanträge leisten kann.
   - Mitversicherer zur Aufteilung des Versicherungsrisikos mit anderen Unternehmen, an die der Versicherer den Versicherungsvertrag ausstellt sowie zur gemeinsamen Bearbeitung von Leistungsanträgen.
   - Andere Versicherer/Rückversicherer, die gleichzeitig das gleiche Versicherungsrisiko abdecken – mehrere Versicherungsoptionen - um die Zahlung von Entschädigungen an mich aufzuteilen, oder die im Hinblick auf Betrug oder Finanzdelikten zusammenarbeiten.

Falls ich meine oben genannten Präferenzen oder meine Einwilligung zu diesen Punkten widerrufen möchte, kann ich den Versicherer darüber per E-Mail an AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com informieren.

### ERNENNUNG DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Um Sie bei der Verwaltung der Versicherungspolice zu unterstützen, können Sie den Versicherungsnehmer als Hauptkontaktperson für den Versicherungsvertrag ernennen. Wählen Sie dazu einfach unten "Ja". Ich ernenne _____ NAME DES VERSICHERUNGSNEHMERS
für mich und in meinem Namen hinsichtlich der Verwaltung dieser Police zu handeln. Dies kann die Offenlegung sensibler medizinischer Informationen beinhalten. Diese Ernennung ist solange gültig, bis ich sie schriftlich bei Allianz Care annulliere.

Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐

**Wichtiger Hinweis**

Der Versicherungsschutz von Allianz Care ist für einen Aufenthalt in Deutschland ausreichend, wenn Ihr Aufenthalt in Deutschland von begrenzter Dauer ist oder einem temporären Zweck dient. Er ist nicht für Personen mit festem, dauerhaftem Wohnsitz in Deutschland geeignet. Wir empfehlen Ihnen hierzu unabhängigen Rat einzuholen, bevor Sie einen Vertrag mit uns abschließen. Beachten Sie bitte, dass es in Ihrer Verantwortung liegt, sicherzustellen, dass Sie die gesetzlichen Krankenversicherungsanforderungen in Deutschland erfüllen.

Ich bestätige, dass ich die oben genannten Ausführungen gelesen und verstanden sowie fachkundigen Rat eingeholt habe, um sicherzustellen, dass der Versicherungsschutz von Allianz Care für mich geeignet ist.

| Unterschrift des Antragstellers | Unterschrift des ersten Angehörigen | Unterschrift des zweiten Angehörigen | Unterschrift des dritten Angehörigen |
|---|---|---|---|
| T T / M M / J J J J | T T / M M / J J J J | T T / M M / J J J J | T T / M M / J J J J |

### ERNENNUNG EINES VERMITTLERS

Ich ermächtige hiermit _____ NAME DES VERMITTLERS EINFÜGEN
für mich und in meinem Namen die Verwaltung dieser Police zu übernehmen. Dazu zählt ggf. auch die Offenlegung sensibler medizinischer Informationen. Diese Autorisierung ist solange gültig, bis ich sie schriftlich bei Allianz Care annulliere.

Intern auszufüllen -
Name und Stempel des Vermittlers

| Unterschrift des Antragstellers | Unterschrift des ersten Angehörigen | Unterschrift des zweiten Angehörigen | Unterschrift des dritten Angehörigen |
|---|---|---|---|
| T T / M M / J J J J | T T / M M / J J J J | T T / M M / J J J J | T T / M M / J J J J |

## 9 MARKETING PRÄFERENZEN

☐ **Ich, der Antragsteller, die/der erste Angehörige, die/der zweite Angehörige und die/der dritte Angehörige stimmen zu, dass der Versicherer meine persönlichen Daten sammeln, verwenden und offen legen kann, um mir Marketing-Informationen zur Verfügung zu stellen. Ich verstehe, dass meine persönlichen Daten nur aus den Gründen verarbeitet werden, denen ich ausdrücklich zugestimmt habe, indem ich sie unten angegeben habe.**

| NAME DES ANTRAGSTELLERS ANGEBEN | NAME DER/DES ERSTEN ANGEHÖRIGEN ANGEBEN | NAME DER/DES ZWEITEN ANGEHÖRIGEN ANGEBEN | NAME DER/DES DRITTEN ANGEHÖRIGEN ANGEBEN |
|---|---|---|---|
| | | | |

- Informationen, die der Versicherer über seine Produkte und Dienstleistungen sendet, einschließlich Aktualisierungen seiner neuesten Angebote und neuer Produkte und Dienstleistungen.

☐ ☐ ☐ ☐

- Informationen über Produkte und Services anderer Unternehmen der Allianz Gruppe, die von diesen direkt gesandt werden. Ich verstehe, dass zu diesem Zweck meine Kontaktinformationen weitergeleitet werden.

☐ ☐ ☐ ☐

## 9 MARKETING PRÄFERENZEN (FORTSETZTUNG)

| ANTRAGSTELLER | ERSTER ANGEHÖRIGER | ZWEITER ANGEHÖRIGER | DRITTER ANGEHÖRIGER |
|---|---|---|---|
| • Informationen über Produkte und Services anderer Partner des Versicherers, die von diesen direkt gesandt werden. Ich verstehe, dass zu diesem Zweck meine Kontaktinformationen weitergeleitet werden. | | | |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Solche Mitteilungen sollten mir wie folgt übermittelt werden: | | | |
| ☐ E-Mail | ☐ E-Mail | ☐ E-Mail | ☐ E-Mail |
| ☐ App Benachrichtigungen | ☐ App Benachrichtigungen | ☐ App Benachrichtigungen | ☐ App Benachrichtigungen |
| ☐ Telefon | ☐ Telefon | ☐ Telefon | ☐ Telefon |
| ☐ Post | ☐ Post | ☐ Post | ☐ Post |

## 10 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/**

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: **AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com**

## 11 ZAHLUNGSANGABEN

**Dieser Teil muss nicht ausgefüllt werden, wenn Sie sich innerhalb eines Gruppenvertrags anmelden und Ihr Arbeitgeber die Zahlung des Versicherungsbeitrags für Sie übernimmt.**

| Währung | |
|---|---|
| Bitte wählen Sie Ihre gewünschte Vertragswährung: | |
| Euro | ☐ |
| Pfund Sterling (GBP) | ☐ |
| Schweizer Franken (CHF) | ☐ |
| US-Dollar | ☐ |
| Beachten Sie, dass eine Zahlung per Lastschrifteinzugsverfahren für Zahlungen in Euro, Pfund Sterling (GBP) und Schweizer Franken (CHF), jedoch nicht für US Dollars (USD), möglich ist. | |

**Zahlungsmethode und Zahlungsfrequenz**

Zahlungen unterliegen den folgenden Zuschlägen: 0% für jährliche Zahlung, 3% für halbjährliche Zahlung, 4% für vierteljährliche Zahlung und 5% für monatliche Zahlung.

Bitte wählen Sie die von Ihnen gewünschte Zahlungsmethode und Zahlungsfrequenz:

| | Jährlich | Halbjährlich | Vierteljährlich | Monatlich |
|---|---|---|---|---|
| Lastschrifteinzugsverfahren* (für Zahlungen in Euro, Pfund Sterling und Schweizer Franken) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kreditkarte | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Scheck | ☐ | ☐ | ☐ | Nicht zutreffend |
| Banküberweisung | ☐ | ☐ | ☐ | Nicht zutreffend |

*Falls Sie per Lastschrifteinzugsverfahren bezahlen möchten, füllen Sie bitte die entsprechende Einzugsermächtigung aus und reichen Sie diese bei uns ein: https://www.allianzworldwidecare.com/de/persoenlich/antragsformular/. Falls Sie einem Gruppenvertrag angehören und per Lastschrifteinzugsverfahren bezahlen möchten, muss eine monatliche Zahlungsfrequenz ausgewählt werden.

## BITTE SCHICKEN SIE UNS DAS VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTE ANTRAGSFORMULAR PER:

**E-Mail an:** underwriting@allianzworldwidecare.com
**Fax an:** + 353 1 629 7117
**Post an:** Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland

Falls Sie Probleme beim Ausfüllen des Antragsformulars oder Fragen zu unserem Antragsverfahren haben, kontaktieren Sie einfach unsere Helpline unter + 353 1 630 1302

Dieses Dokument ist eine Übersetzung des original auf Englisch verfassten „Application 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 und Allianz Care sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life SA.

FRM-APP-DE-0918

## ZAHLUNG PER KREDITKARTE

Wenn Sie per Kreditkarte bezahlen möchten, geben Sie bitte die folgenden Informationen an:

Kreditkarte Mastercard ☐ Visa ☐ American Express ☐

Name des Karteninhabers

Kartennummer — — — Gültig bis M M / J J

**Sobald diese Informationen in unserem System gespeichert sind, wird der Abschnitt vom Antragsformular getrennt und aus Sicherheitsgründen vernichtet.**

Kreditkarten-Vollmacht

Ich ermächtige Allianz Care, die Beitragszahlung für meinen Krankenversicherungsschutz von meinem Kreditkartenkonto abzubuchen. Über die genaue Höhe der Versicherungsbeiträge werde ich nach Annahme dieses Antrags bzw. nach einer Verlängerung des Versicherungsvertrags informiert. Der Versicherungsbeitrag kann sich ändern, wenn ich eine Änderung vornehme, die Einfluss auf die Beitragshöhe hat, z. B. wenn ich dem Versicherungsvertrag einen weiteren Angehörigen hinzufüge. Diese Vollmacht ist solange gültig, bis ich sie schriftlich bei Allianz Care widerrufe. Eine jährliche Beitragserhöhung wird mir einen Monat vorher mitgeteilt.

Unterschrift des Karteninhabers Datum T T / M M / J J J J