EuroSanté Zusatz-Krankenversicherungstarif

ANTRAGS-FORMULAR

Um Versicherungsschutz im Rahmen der EuroSanté Zusatz-Krankenversicherung zu beantragen, müssen Antragsteller anspruchsberechtigt auf Versicherungsschutz des Gemeinsamen Krankenfürsorgesystems (GKFS) sein. Zusätzlicher Versicherungsschutz für EuroSanté Versicherte (und deren Angehöriger, falls zutreffend) kann beantragt werden soweit fortführender Anspruch auf Versicherungsschutz des Gemeinsamen Krankenfürsorgesystems (GKFS) besteht.

Allianz Care

BITTE FÜLLEN SIE DIESES FORMULAR IN DRUCKBUCHSTABEN AUS.

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

Wo immer die nachstehenden Begriffe und Ausdrücke in diesem Formular verwendet werden, haben sie die Bedeutung, wie im Folgenden angegeben.
Heimatland: Das Land, für das die versicherte Person einen gültigen Pass besitzt oder in dem die versicherte Person ihren Hauptwohnsitz hat.
Land des Hauptwohnsitzes: Das Land, in dem Sie und Ihre Angehörigen (falls zutreffend) länger als sechs Monate im Jahr leben/leben werden.

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

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 68. Geburtstag für Versicherungsschutz berücksichtigen. Bitte beachten Sie, dass der Antrag spätestens sechs Monate vor dem Ruhestand eingehen muss.

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)

Amt, das das Arbeitsverhältnis bestätigt

Datum des Beginns des Arbeitsverhältnisses T T / M M / J J J J

Sind Sie Mitglied des Verbandes „Union Syndicale Brussels“: Ja ☐ Nein ☐ (Falls Ja, vorbehaltlich einer Bestätigung der „Union Syndicale Brussels“)

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

Deutsch ☐ Englisch ☐ Französisch ☐

2 ZU VERSICHERNDE ANGEHÖRIGE

Als Angehörige gelten der Ehepartner oder Partner und sämtliche Kinder, die finanziell vom Antragsteller abhängig sind, bis zu dem Tag vor ihrem 26. Geburtstag. Wir können erwachsene Angehörige nur bis zu dem Tag vor ihrem 68. 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			

3 BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

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

Bitte beachten Sie, dass jeder gewählte Tarif für alle im Rahmen dieses Vertrags versicherten Personen gilt

☐ EuroSanté Tranquillité	☐ EuroSanté Equilibre	☐ EuroSanté Optimum

5 ERKLÄRUNG

Bitte lesen Sie die folgenden Erklärungen sorgfältig durch und unterschreiben Sie nur, wenn Sie die Punkte 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, dass ich alle Definitionen, Leistungen, Ausschlüsse und Bedingungen dieses Versicherungsvertrags gelesen habe und verstehe, einschließlich der Details in Bezug auf Vorerkrankungen.

(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.

(g) Ich akzeptiere, dass es in meiner Verantwortung liegt zu überprüfen, ob ich den Anforderungen einer gesetzlichen Krankenversicherung unterliege und mich vergewissert habe, dass mein Versicherungsschutz den gesetzlichen Anforderungen entspricht.

Als Antragsteller unterschreibe 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

6 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**

7 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 ☐

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

8 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.

☐	☐	☐	☐

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

9 ZAHLUNGSANGABEN

Bitte zahlen Sie Ihre Versicherungsbeiträge erst, nachdem Sie von uns eine Versicherungsnummer erhalten haben.

Zahlungsmethode und Zahlungsfrequenz

Bitte beachten Sie, dass für den Tarif „EuroSanté Tranquillité" nur eine jährliche Beitragszahlung möglich ist . Für die Tarife „EuroSanté Equilibre" und „EuroSanté Optimum" ist eine jährliche, halbjährliche oder vierteljährliche Beitragszahlung möglich.

Bitte wählen Sie die von Ihnen gewünschte Zahlungsmethode und Zahlungsfrequenz:

	Jährlich	Halbjährlich	Vierteljährlich	Monatlich
SEPA Lastschriftverfahren*	☐	☐	☐	☐
Kreditkarte	☐	☐	☐	☐
Scheck	☐	☐	☐	Nicht zutreffend
Banküberweisung	☐	☐	☐	Nicht zutreffend

*Falls Sie per Lastschrifteinzugsverfahren bezahlen möchten, füllen Sie bitte die SEPA Einzugsermächtigung aus und reichen Sie diese bei uns ein: http://www.allianzworldwidecare.com/eurosante

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, können Sie sich gerne an unsere Helpline wenden: + 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 Care und Allianz Partners sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life SA.

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