



ANTRAGSFORMULAR

Sie können Ihren Antrag auf unsere internationalen Krankenversicherungstarife auch online stellen:
www.allianzcare.com.

BITTE FÜLLEN SIE DIESES FORMULAR IN DRUCKBUCHSTABEN AUS.

Falls Sie einen Angehörigen für bestehenden Versicherungsschutz hinzufügen möchten, geben Sie bitte Ihre Versicherungsnummer an:

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

Gruppenname
Gruppennummer

So füllen Sie dieses Antragsformular aus:

- 1) Sie müssen dieses Antragsformular vollständig ausfüllen und uns alle relevanten Informationen mitteilen. Sobald Sie uns Ihren Antrag geschickt haben, überprüft unser Risikoprüfungsteam alle Einzelheiten. Sollten Sie uns über medizinische Beschwerden informiert haben, kann es sein, dass wir weitere Informationen benötigen. Wir werden dann die Informationen auswerten und uns mit unserer Entscheidung so schnell wie möglich bei Ihnen melden.
- 2) Wenn Sie bereits im Rahmen einer unserer Krankenversicherungstarife versichert sind, teilen Sie uns bitte alle Erkrankungen mit, für die Sie seit Versicherungsbeginn einen Erstattungsantrag eingereicht haben.
- 3) Abschnitt 7 muss vom Versicherungsnehmer unterschrieben werden und Abschnitt 8 und 11 müssen von allen erwachsenen Antragstellern unterschrieben werden. Gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) können wir Ihren Antrag ohne diese Unterschriften nicht bearbeiten. Ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter sollte Abschnitt 9 für alle Antragsteller unter 18 Jahren ausfüllen.
- 4) Wenn sich eine Person, die Versicherungsschutz beantragt, derzeit einer zahnärztlichen Behandlung unterzieht, stellen Sie bitte sicher, dass ein zahnärztlicher Fragebogen ausgefüllt ist. Dieser kann von unserer Website heruntergeladen werden:
<https://www.allianzcare.com/de/internationale-krankenversicherungen-fuer-privatkunden/antragsformular.html>

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 und Ihre Angehörigen (falls zutreffend) länger als sechs Monate im Jahr leben/leben werden.

1 ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER (der Antragsteller wird Hauptversicherter)

Informieren Sie uns bitte, wenn sich Ihre Kontaktdaten ändern. So können wir sicherstellen, 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 / / 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 einer derzeitigen nationalen oder internationalen Krankenversicherung:

Name der Versicherungsgesellschaft
Versicherungsnummer Beginndatum / /

2 ZU VERSICHERNDE ANGEHÖRIGE

Als Angehörige gelten der Ehepartner oder Partner und sämtliche Kinder, die finanziell von Ihnen 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. Wenn sie zwischen 18 und 23 Jahre alt sind und eine Vollzeitausbildung absolvieren, fügen Sie bitte entweder einen Brief der Schule oder der Universität bei, in dem der Status des Studenten bestätigt wird, oder eine Kopie des Studentenausweises. 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 <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>	Ehegatte/Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>	Ehegatte/Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>
Vorname			
Nachname			
Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
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 des aktuellen Versicherers (falls zutreffend)			
Aktuelle Versicherungsnummer (falls zutreffend)			

3 VERSICHERUNGSBEGINN

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

Unsere Annahme Ihres Antrags auf Versicherungsschutz wird durch Ausstellung Ihres Versicherungsscheins bestätigt und Ihr Versicherungsschutz gilt ab dem auf dem Versicherungsschein angegebenen Anfangsdatum.

4 VERSICHERUNGSSCHUTZ

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



Wählen Sie einen Geltungsbereich für Ihren Versicherungsschutz:
Der Geltungsbereich unterliegt den vollständigen Versicherungsbedingungen, die im Versicherungshandbuch aufgeführt sind.

Weltweit

Weltweit außer den USA

Afrika

Sie können für jedes Familienmitglied einen anderen Tarif wählen. Bitte beachten Sie dazu die unten aufgeführten Bedingungen. Jede zu versichernde Person soll den für sie passenden Versicherungsschutz auswählen.

Haupttarife

Weitere Informationen zu den verschiedenen unten aufgeführten Tarifen finden Sie im Versicherungshandbuch und in der Tariflichen Leistungszusage. Wenn Sie den Care Pro-Tarif für eine versicherte Person in der Police auswählen, müssen Sie für die verbleibenden Antragsteller Care Pro oder Care Plus auswählen. Der Care Tarif kann dann nicht ausgewählt werden.

	Versicherungsnehmer	Angehöriger 1	Angehöriger 2	Angehöriger 3
Care Pro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Care Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 VORERKRANKUNGEN

Vorerkrankungen sind Krankheiten oder Gesundheitszustände, für die im Laufe Ihres Lebens oder das Ihrer Angehörigen ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind. Dies gilt unabhängig davon, ob Sie oder Ihre Angehörigen eine medizinische Behandlung oder einen ärztlichen Rat erhalten haben.

Eine solche Vorerkrankung besteht wenn wir davon ausgehen, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hatten. Ihre Versicherung umfasst Vorerkrankungen, es sei denn, wir teilen Ihnen schriftlich etwas anderes mit.

Wir werden Erkrankungen, die zwischen dem Datum, an dem Sie das Antragsformular ausgefüllt haben, und den folgenden Daten auftreten, als Vorerkrankungen betrachten:

- Datum, an dem wir den Versicherungsschein ausstellen oder
- Datum des Versicherungsbeginns

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.

6 GESUNDHEITSANGABEN

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen auf Basis Ihrer gesamten medizinischen Vergangenheit und der Ihrer Angehörigen. **Alle wesentlichen Fakten (Fakten, die unsere Bewertung und Annahme dieses Antrags beeinflussen) müssen angegeben werden. Wenn Sie Zweifel haben, ob eine Information wesentlich ist oder nicht, sollten Sie sie lieber angeben.** Die Nichtoffenlegung wesentlicher Informationen kann den Versicherungsschutz ungültig machen.

Dieses Formular ist für zwei Monate gültig, nachdem Sie es vollständig ausgefüllt und unterschrieben haben.

Versicherungsnehmer	Angehöriger 1	Angehöriger 2	Angehöriger 3
Größe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Gewicht <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Haben Sie im vergangenen Jahr Tabakprodukte konsumiert? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viel pro Tag durchschnittlich? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Tag
Trinken Sie Alkohol? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
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) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Woche	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Woche	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Woche	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Woche
Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? Wenn ja, geben Sie bitte an: • Diagnose • Dioptrienwerte für jedes Auge (entnehmen Sie diese Werte bitte dem Rezept Ihres Arztes)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> rechtes Auge	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> rechtes Auge	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> rechtes Auge	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> rechtes Auge
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> linkes Auge	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> linkes Auge	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> linkes Auge	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> linkes Auge

1. Litt eine der in diesem Antrag genannten Personen jemals an bzw. war im Krankenhaus, wurde behandelt oder untersucht aufgrund von:

- 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
- Jeglichen dermatologischen Erkrankungen** wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Dermatitis, Hautausschläge, Allergien oder Akne? Ja Nein
- Jeglichen endokrinen Erkrankungen** wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Diabetes, Gewichtsprobleme, Gicht oder Schilddrüsenprobleme oder andere hormonelle Ungleichgewichte? Ja Nein
- 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
- 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
- Jeglichen infektiösen oder viralen Erkrankungen** wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Hepatitis A-B-C, Herpes, HIV, Malaria, Meningitis, Blutinfektionen oder sexuell übertragbare Krankheiten? Ja Nein
- 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
- Jeglichen neurologischen Erkrankungen** wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Schlaganfall, Multiple Sklerose, Epilepsie, neurodegenerative Erkrankung oder Anfälle, Migräne, Ischias- oder Nervenschmerzen? Ja Nein
- Jeglichen onkologischen Erkrankungen** wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Krebs, Leukämie, Lymphomata, einem Tumor, Hautwunden, Knoten, Zysten, Leberflecken, Polypen oder Muttermale? Ja Nein
- 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
- Jeglichen die Atemwege betreffende Erkrankungen** wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) chronisch obstruktive Pneumopathie, Asthma, Bronchitis, Nasennebenhöhlenentzündung oder Kurzatmig. Ja Nein


7 ERKLÄRUNG

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

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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

8 ERNENNUNG DES VERSICHERUNGSNEHMERS


Dieser Abschnitt muss von allen Angehörigen ausgefüllt werden, die den Versicherungsnehmer als Hauptansprechpartner benennen möchten.


Um uns bei der Verwaltung Ihrer 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.



 Unterschrift des ersten Angehörigen

 Unterschrift des zweiten Angehörigen

 Unterschrift des dritten Angehörigen

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.



 Unterschrift des Hauptversicherten

Name des Hauptversicherten in Druckbuchstaben

Datum

9 ERNENNUNG EINES VERMITTLERS

Dieser Abschnitt muss vom Antragsteller und von allen Angehörigen ausgefüllt werden, die den Vermittler als Hauptansprechpartner benennen möchten.

Ich ermächtige hiermit

NAME DES VERMITTLERS

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

T T / M M / J J J J J

Unterschrift des ersten Angehörigen

T T / M M / J J J J J

Unterschrift des zweiten Angehörigen

T T / M M / J J J J J

Unterschrift des dritten Angehörigen

T T / M M / J J J J J

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.allianzcare.com/en/privacy

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 EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ERFASSUNG UND VERARBEITUNG VON DATEN

Wie brauchen Ihre Zustimmung zur Erfassung und Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten und anderer persönlicher Daten. Wenn Sie keine explizite Zustimmung erteilen, können wir Ihnen gegebenenfalls keinen Versicherungsschutz mehr anbieten und Ihre 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	Name der/des ersten Angehörigen	Name der/des zweiten Angehörigen	Name der/des dritten Angehörigen

- Zustimmung zur Erfassung, Speicherung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten:** Allianz Care 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 Erstattungsanträgen. Allianz Care darf meine Gesundheitsdaten in Übereinstimmung mit dem für meine Versicherung geltenden Sozialgesetzbuch oder anderen geltenden Gesetzen zur Aufbewahrung von Daten speichern.
- Einwilligung, dass meine Daten von Drittparteien eingeholt werden dürfen:** Um mir Versicherungsschutz anzubieten, Risiken zu versichern oder Erstattungsanträge zu bearbeiten, kann Allianz Care 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. Ich entbinde alle Personen dieser Einrichtungen und Allianz Care von ihrer/seiner Schweigepflicht in Bezug auf meine Gesundheitsdaten oder sonstige Daten, die zu den unten genannten Zwecken weitergegeben und verwendet werden müssen.
- Weitergabe meiner Daten außerhalb von Allianz Care:** Allianz Care kann meine Gesundheitsdaten und sonstige Daten an die nachfolgend aufgeführten Experten und Einrichtungen weiterleiten. Diese werden die Daten dann in gleichem Umfang und zu den gleichen Zwecken wie Allianz Care nutzen. Ich verstehe, dass Allianz Care Vereinbarungen mit diesen Einrichtungen getroffen hat, um meine Daten zu schützen. Ich entbinde alle Personen dieser Einrichtungen und Allianz Care 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, um 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 von Allianz Care erbringen, wie z. B. Risikoprüfungen und die Bearbeitung von Erstattungsanträgen, wenn
 - diese Services das Sammeln und die Nutzung meiner Gesundheitsdaten beinhaltet, und
 - Allianz Care meine Police nicht verwalten bzw. Erstattungsanträge nicht ohne diese Daten bearbeiten kann.
 - Mitversicherer zur Aufteilung des Versicherungsrisikos mit anderen Unternehmen, an die Allianz Care den Versicherungsvertrag ausstellt sowie zur gemeinsamen Bearbeitung von Erstattungsanträgen.
 - 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 Zustimmung zu diesen Punkten widerrufen möchte, kann ich Allianz Care darüber per E-Mail an AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com informieren.



Unterschrift des Antragstellers

T T / M M / J J J J J

Unterschrift des ersten Angehörigen

T T / M M / J J J J J

Unterschrift des zweiten Angehörigen

T T / M M / J J J J J

Unterschrift des dritten Angehörigen

T T / M M / J J J J J

12 MARKETING PRÄFERENZEN

Ich, der Antragsteller, die/der erste Angehörige, die/der zweite Angehöriger 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	Name der/des ersten Angehörigen	Name der/des zweiten Angehörigen	Name der/des dritten Angehörigen

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Solche Mitteilungen sollten mir wie folgt übermittelt werden:

E-Mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
App Benachrichtigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 ZAHLUNGSANGABEN

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

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

Währung

Bitte wählen Sie Ihre gewünschte Vertragswährung

Euro	<input type="checkbox"/>
Pfund Sterling (GBP)	<input type="checkbox"/>
Schweizer Franken (CHF)	<input type="checkbox"/>
US Dollar	<input type="checkbox"/>

Eine Zahlung per Lastschriftinzugsverfahren ist für Zahlungen in Euro, Pfund Sterling (GBP) und Schweizer Franken (CHF), jedoch nicht für US Dollar (USD), möglich.

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
Lastschriftinzugsverfahren* (für Zahlungen in Euro, Pfund Sterling und Schweizer Franken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreditkarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nicht zutreffend
Banküberweisung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nicht zutreffend

*Falls Sie per Lastschriftinzugsverfahren bezahlen möchten, füllen Sie bitte die entsprechende Einzugsermächtigung aus und reichen Sie diese bei uns ein:
<https://www.allianzcare.com/de/persoendlich/antragsformular/>.


Falls Sie einem Gruppenvertrag angehören und per Lastschriftinzugsverfahren bezahlen möchten, muss eine monatliche Zahlungsfrequenz ausgewählt werden.






Bitte schicken Sie uns das vollständig ausgefüllte Antragsformular per:

 E-Mail: underwriting@allianzworldwidecare.com

 Fax: + 353 1 630 1306

 Post: 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**

 www.facebook.com/AllianzCare/
 www.linkedin.com/company/allianz-care
 www.youtube.com/c/allianzcare
 www.instagram.com/allianzcare/
 twitter.com/AllianzCare

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.

ZAHLUNG PER KREDITKARTE

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

Kreditkarte MasterCard VISA American Express JCB Diners Club Discover

Name des Karteninhabers

Kartennummer Gültig bis /


CVV code

VISA, MasterCard, Discover und Diners Club: die letzten drei Ziffern auf dem Unterschriftenfeld auf der Rückseite der Karte.
American Express: vierstellige Nummer, die auf der Vorderseite der Karte über der Kartennummer aufgedruckt ist.

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 / /