

1 Angaben zum Antragsteller (der Antragsteller wird als Hauptversicherter geführt)

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

Vorname

Nachname

Geburtsdatum / / Geschlecht: Männlich Weiblich

Heimatland

Nationalität

Land des Hauptwohnsitzes

Vollständige Adresse im Land des Hauptwohnsitzes (Pflichtfeld)

Haupttelefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

Andere/ Zweittelefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

E-Mail-Adresse (Pflichtfeld, bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Beruf (Pflichtfeld, falls Student, bitte angeben)

Bitte geben Sie an, in welcher Sprache Sie die Versicherungsunterlagen erhalten möchten:

Deutsch Englisch Französisch Spanisch Italienisch Portugiesisch

Eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung:

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer Beginn des Versicherungsschutzes / /

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 26. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden. Wenn sie zwischen 18 und 25 Jahre alt sind und eine Vollzeitausbildung absolvieren, fügen Sie bitte entweder einen Brief der Schule oder der Universität bei, in dem der Studentenstatus 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, verwenden Sie bitte ein weiteres Antragsformular und stellen Sie sicher, dass alle relevanten Erklärungen und Einwilligungen ordnungsgemäß unterzeichnet und datiert sind.

	Angehöriger 1	Angehöriger 2	Angehöriger 3
Verhältnis zum Antragsteller/ Versicherten	Ehepartner/Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>	Ehepartner/Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>	Ehepartner/Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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"/>
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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse (Pflichtfeld für Angehörige über 18 Jahre)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Heimatland	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Land des Hauptwohnsitzes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationalität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung

Name des aktuellen Versicherers (falls zutreffend)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aktuelle Versicherungsnummer (falls zutreffend)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4 Einzelheiten des Tarifs (Fortsetzung)

Wählen Sie eine Selbstbeteiligung am Haupttarif aus

Um den Beitrag für Ihren Haupttarif zu reduzieren, wählen Sie eine optionale Selbstbeteiligung aus der folgenden Tabelle aus. Den entsprechenden Beitragsnachlass finden Sie in den Spalten rechts daneben. Die Höhe des Beitragsnachlasses richtet sich danach, ob Sie einen Mutterschaftstarif gewählt haben. Es kann entweder eine Selbstbeteiligung am Haupttarif ODER ein Eigenanteil am Ambulanttarif gewählt werden. Eine Selbstbeteiligung gilt pro Person und Versicherungsjahr. Zudem werden unsere Beiträge in ganzen Beträgen dargestellt (d. h. ohne Cent- oder Pence-Beträge etc.). Beachten Sie daher bitte, dass die unten genannten Prozentwerte etwas höher oder niedriger ausfallen können als hier angegeben.

Optionale Selbstbeteiligung am Haupttarif	Beitragsnachlass, wenn kein Mutterschaftstarif in der Police enthalten ist	Beitragsnachlass, wenn ein Mutterschaftstarif Teil der Police ist
<input type="checkbox"/> Keine Selbstbeteiligung	0% Beitragsnachlass	0% Beitragsnachlass
<input type="checkbox"/> 374£/450€/610\$/CHF585 Selbstbeteiligung	5% Beitragsnachlass	2.5% Beitragsnachlass
<input type="checkbox"/> 625£/750€/1.015\$/CHF975 Selbstbeteiligung	10% Beitragsnachlass	5% Beitragsnachlass
<input type="checkbox"/> 1.245£/1.500€/2.025\$/CHF1.950 Selbstbeteiligung	20% Beitragsnachlass	10% Beitragsnachlass
<input type="checkbox"/> 2.490£/3.000€/4.050\$/CHF3.900 Selbstbeteiligung	35% Beitragsnachlass	17.5% Beitragsnachlass
<input type="checkbox"/> 4.980£/6.000€/8.100\$/CHF7.800 Selbstbeteiligung	50% Beitragsnachlass	25% Beitragsnachlass
<input type="checkbox"/> 8.300£/10.000€/13.500\$/CHF13.000 Selbstbeteiligung	60% Beitragsnachlass	30% Beitragsnachlass

Eigenanteil am Ambulanttarif

Sie können entweder eine Selbstbeteiligung am Haupttarif ODER einen Eigenanteil am Ambulanttarif wählen. Ein Eigenanteil gilt pro Person und Versicherungsjahr. Unsere Beiträge werden in ganzen Beträgen dargestellt (d. h. ohne Cent- oder Pence-Beträge etc.). Beachten Sie daher bitte, dass die unten genannten Prozentwerte etwas höher oder niedriger ausfallen können als hier angegeben.

Optionalen Eigenanteil am Ambulanttarif	Beitragsnachlass
<input type="checkbox"/> Kein Eigenanteil	0% Beitragsnachlass
<input type="checkbox"/> 10% Eigenanteil, max. 1.255£/1.480€/2.000\$/CHF1.925	12% Beitragsnachlass
<input type="checkbox"/> 20% Eigenanteil, max. 2.461£/2.962€/4.000\$/CHF3.861	24% Beitragsnachlass
<input type="checkbox"/> 30% Eigenanteil, max. 3.076£/3.705€/5.000\$/CHF4.815	35% Beitragsnachlass

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 im oben genannten Zeitraum über jegliche Änderung Ihres Gesundheitszustandes, der Ihrer Angehörigen oder über jegliche wesentliche Fakten informieren. Sie sind verpflichtet, uns auf Anfrage weitere erforderliche Informationen zur Verfügung zu stellen (Fakten, die unsere Bewertung und Annahme dieses Antrags beeinflussen).

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.

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.**

	Antragsteller	Angehöriger 1	Angehöriger 2	Angehöriger 3
Größe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Gewicht	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Haben Sie im vergangenen Jahr Tabakprodukte konsumiert? Wenn ja, wie viel pro Tag durchschnittlich? (1 Zigarette = 1 Einheit, 1 mittlere Zigarre = 2 Einheiten, Selbstgedreht: 1 Gramm Tabak = 2 Einheiten, Pfeife: 1 Pfeifenkopf = 2,5 Einheiten, E-Zigaretten: 10 mg Nikotin = 1 Einheit, falls Sie nichts konsumieren, geben Sie „Nein“ an.)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Tag	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Tag	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Tag	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Tag
Konsumieren Sie Alkohol? 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 keine, geben Sie bitte „Null“ an.)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Woche	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Woche	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Woche	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Woche
Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? Wenn ja, bitte angeben:	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"/>
• Erkrankung				
• Dioptrienwerte für jedes Auge (entnehmen Sie diese Werte bitte dem Rezept Ihres Arztes)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> rechtes Auge <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> linkes Auge	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> rechtes Auge <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> linkes Auge	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> rechtes Auge <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> linkes Auge	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> rechtes Auge <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 folgenden Erkrankungen?

- (a) **Jegliche Art von Herz- oder Kreislauferkrankungen**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, Herzrhythmusstörung, Gefäßerkrankungen, Herzgeräusche, Brustschmerzen, Blutgerinnsel, Blutkrankheiten, abnormaler Blutdruck oder erhöhte Cholesterinwerte usw. Ja Nein
- (b) **Jegliche dermatologische Erkrankungen**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Schuppenflechte (Psoriasis), Dermatitis, Hautausschläge, Allergien oder Akne usw. Ja Nein
- (c) **Jegliche endokrine Erkrankungen**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Diabetes, Entzündung der Bauchspeicheldrüse, Gewichtsprobleme, Gicht oder Schilddrüsenprobleme oder andere hormonelle Ungleichgewichte usw. Ja Nein
- (d) **Jegliche Art von Augen-, Hals-, Nasen-, oder Ohrenerkrankungen**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) grauer Star (Katarakt), grüner Star (Glaukom), Netzhautablösung, Hörverlust, Ohrenentzündungen, Probleme mit den Nasennebenhöhlen, Mandelentzündung (Angina) oder Polypen usw. Ja Nein
- (e) **Jegliche Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Magenprobleme, Hernie, Hämorrhoiden, Gallensteine, Dickdarmpolypen, Morbus Crohn, Dickdarmentzündung oder Leberprobleme usw. Ja Nein
- (f) **Jegliche infektiöse Viruserkrankungen**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Hepatitis A-B-C, Herpes, HIV, SARS-CoV-2 / COVID, Malaria, Meningitis, Blutinfektionen oder sexuell übertragbare Krankheiten usw. Ja Nein
- (g) **Jegliche Erkrankungen der Muskeln oder der Gelenke**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Nacken- oder Rückenbeschwerden, Arthritis, Fibromyalgie, Gelenkersatz oder Probleme der Bänder oder Knorpel, Karpaltunnelsyndrom usw. Ja Nein
- (h) **Jegliche neurologische Erkrankungen**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Schlaganfall, Multiple Sklerose, Epilepsie, neurodegenerative Erkrankungen, Lähmungen oder Anfälle, Migräne, Alzheimer oder eine andere Form von Demenz usw. Ja Nein
- (i) **Jegliche onkologische Erkrankungen**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Krebs, Leukämie, Lymphomata, Tumor, Hautwunden, Knoten, Zysten, Leberflecken, Polypen oder Muttermale usw. Ja Nein
- (j) **Jegliche psychiatrische oder psychologische Erkrankungen**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Krankheiten des autistischen Formenkreises, Depression, Angststörungen, chronisches Müdigkeitssyndrom, Essstörungen, Zwangsneurosen, Phobien, Alkohol- und Drogenprobleme usw. Ja Nein
- (k) **Jegliche die Atemwege oder Lunge betreffende Erkrankungen**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) chronisch obstruktive Pneumopathie, Sarkoidose, Asthma, Bronchitis, Nasennebenhöhlenentzündung, Kurzatmigkeit, Allergie usw. Ja Nein
- (l) **Jegliche urologische Erkrankungen oder Erkrankungen der Fortpflanzungsorgane** wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Erkrankungen der Nieren oder Harnwege, Menstruationsstörungen, Probleme mit der Fruchtbarkeit, Leiomyom, Endometriose, Erkrankungen der Hoden oder Prostata usw. Ja Nein
- (m) **Jegliche andere Unfälle, Verletzungen, Erkrankungen oder Störungen**, die nicht bereits angegeben wurden? Ja Nein


9 Ernennung eines Vermittlers

Ich ermächtige hiermit

N A M E D E S V E R M I T T L E R S

Intern auszufüllen - Name und Stempel 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 so lange gültig, bis ich sie schriftlich bei Allianz Care annulliere.

 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. Nehmen Sie sich bitte einen Moment Zeit, um den Hinweis zu lesen, bevor Sie persönliche Daten an uns übermitteln. Um unseren Datenschutzhinweis zu lesen, gehen Sie bitte auf: www.allianzcare.com/de/datenschutz.html

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 erteilen.

Ich (der Antragsteller) und die unten genannten Angehörigen stimmen Folgendem zu:


Name des Antragstellers	Name des ersten Angehörigen	Name des zweiten Angehörigen	Name 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 im Rahmen meines Versicherungsvertrags gezahlt werden, die Behandlungen vornehmen oder Dienstleistungen anbieten.
 - 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 dasselbe 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 Marketingpräferenzen

Ich (der Antragsteller) und meine Angehörigen stimme zu, dass Allianz Care meine persönlichen Daten sammelt, verwendet und offenlegen darf, um mir Marketinginformationen zur Verfügung zu stellen. Ich verstehe, dass meine persönlichen Daten nur aus den folgenden Gründen und für folgende Aktivitäten verarbeitet werden, denen ich ausdrücklich im Folgenden zugestimmt habe:

Name des Antragstellers	Name des ersten Angehörigen	Name des zweiten Angehörigen	Name des dritten Angehörigen

Informationen, die Allianz Care über Produkte und Dienstleistungen sendet, einschließlich Aktualisierungen der neuesten Angebote, 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 von Allianz Care, 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 zugesandt 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

Sie müssen diesen Abschnitt nicht ausfüllen, wenn Sie sich innerhalb eines Gruppenvertrags anmelden und Ihr Arbeitgeber die Zahlung des Versicherungsbeitrags für Sie übernimmt.

Zahlungswährung

Bitte kreuzen Sie Ihre gewünschte Vertragswährung an:

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 von EU-Konten für 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 von einem EU-Konto für Euro, Pfund Sterling oder 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"/>
Banküberweisung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nicht verfügbar






* 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/internationale-krankensicherungen-fuer-privatkunden/antragsformular.html>

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

Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular per:

-  E-Mail: underwriting@allianzworldwidecare.com
-  Fax: +353 1 629 7117
-  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

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 Paris Bobigny. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister, Registernummer: 907619, Adresse: 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.

FRM-APP-FMU-DE-0922

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 dieser Abschnitt vom Formular 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 oder wenn ich Änderungen vornehme, z. B. einen Angehörigen mitversichere. Diese Vollmacht ist so lange gültig, bis ich sie schriftlich bei Allianz Care widerrufe. Eine jährliche Beitragserhöhung wird mir einen Monat vorher mitgeteilt.

 Unterschrift des Karteninhabers _____ Datum / /