

Nur der Klarheit halber ...

Sie werden sehen, dass wir uns in diesem Formular häufig auf die folgenden Formulierungen beziehen. Das meinen wir damit:

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 als Hauptversicherter geführt)

Ihre Kontaktdaten werden auch verwendet, um Sie bezüglich wichtiger Dinge im Zusammenhang mit Ihrer Police zu kontaktieren. Informieren Sie uns bitte, sobald sich Ihre Kontaktdaten ändern. So können wir sicherstellen, dass Sie sämtliche Korrespondenz auch weiterhin erreicht.

Wir können Antragsteller bis zu dem Tag vor ihrem 76. Geburtstag für Versicherungsschutz berücksichtigen.

Herr Frau

Vorname

Nachname

Geburtsdatum / / Geschlecht bei der Geburt: Männlich Weiblich

Heimatland

Nationalität

Land des Hauptwohnsitzes

Steuernummer (Pflichtfeld für Personen mit Wohnsitz in Spanien, Italien und Portugal)

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 Sie Student sind, bitte angeben)

Eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Beginn des Versicherungsschutzes / /

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

Deutsch Englisch Französisch Spanisch Italienisch Portugiesisch

2 Angaben zu Ihren Angehörigen

Sie können Angehörige in Ihre Police aufnehmen. 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.**

Wenn der Platz für alle Angehörigen nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein weiteres Antragsformular und stellen Sie sicher, dass alle relevanten Erklärungen und Einwilligungen unterzeichnet und datiert sind.

	Angehöriger 1	Angehöriger 2	Angehöriger 3
Verhältnis zum Antragsteller/Hauptversicherten	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			
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 bei der Geburt	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 (Pflichtfeld für Angehörige über 18 Jahre)			
Heimatland			
Land des Hauptwohnsitzes			
Nationalität			

Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung

Name des aktuellen Versicherers (falls zutreffend)			
Aktuelle Versicherungsnummer (falls zutreffend)			

3 Beginn Ihrer Versicherung

An welchem Datum soll Ihr Versicherungsschutz beginnen? / /

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

4 Einzelheiten des Tarifs (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

Bitte wählen Sie den Haupttarif und optionale Tarife aus, die Sie für Ihre Versicherung benötigen. Optionale Tarife können nur in Kombination mit einem Haupttarif abgeschlossen werden. Sie stehen nicht einzeln zur Verfügung. Sie finden alle Einzelheiten zu den aufgelisteten Tarifen in der Tariflichen Leistungszusage und dem Versicherungshandbuch.

Wählen Sie Ihren Haupttarif aus

	Care Pro	Care Plus	Care
Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wenn Sie Care auswählen, gelten dieser Haupttarif und alle optionalen Tarife, die Sie auswählen, für alle Personen in Ihrem Versicherungsvertrag.
Wenn Sie Care Pro oder Care Plus auswählen, können Sie entweder den gleichen Haupttarif für alle Angehörigen (sofern zutreffend) auswählen, oder Sie können für jede angehörige Person zwischen Care Pro oder Care Plus auswählen:			
Angehöriger 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angehöriger 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angehöriger 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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.

Optionaler Eigenanteil am Ambulanttarif		Beitragsnachlass
Kein Eigenanteil	<input type="checkbox"/>	0% Beitragsnachlass
10% Eigenanteil, max. 1.255 £ / 1.480 € / 2.000 US\$ / CHF 1.925	<input type="checkbox"/>	12% Beitragsnachlass
20% Eigenanteil, max. 2.461 £ / 2.962 € / 4.000 US\$ / CHF 3.861	<input type="checkbox"/>	24% Beitragsnachlass
30% Eigenanteil, max. 3.076 £ / 3.705 € / 5.000 US\$ / CHF 4.815	<input type="checkbox"/>	35% Beitragsnachlass

5 Verfügbare medizinische Risikoprüfung

Vollständige medizinische Risikoprüfung

Das heißt, wir beurteilen Ihre medizinische Vorgeschichte bei der Prüfung Ihres Versicherungsantrags und der voraussichtlichen Versicherungsbedingungen. Wenn Sie eine wie unten definierte Vorerkrankung haben, müssen Sie dies exakt, wahrheitsgemäß und vollständig angeben und sicherstellen, dass Sie alle Fragen beantworten, die im Abschnitt „Ihre Gesundheit“ unten für alle Antragsteller gestellt werden.

Vorerkrankungen

Vorerkrankungen sind Krankheiten, 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 Vorerkrankung besteht, wenn wir davon ausgehen können, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hatten.

Wir werden auch 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.

Bitte beachten Sie, dass Sie oder Ihre Angehörigen verpflichtet sind, 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. Sie müssen dabei alle wesentlichen Informationen (d.h. Fakten, die die Bewertung und Annahme Ihres Antrags beeinflussen können) offenlegen. Falsche Angaben oder das Weglassen von Angaben können zur Ungültigkeit des Vertrags führen. Wenn Sie Zweifel haben, ob eine Information wesentlich ist oder nicht, müssen Sie sie trotzdem angeben. Vorerkrankungen, die nicht angegeben werden, sind nicht versichert.

6 Ihre Gesundheit

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen unter Berücksichtigung der vollständigen Krankengeschichte von Ihnen und Ihren Angehörigen. Sie müssen dabei alle wesentlichen Informationen (d.h. Fakten, die die Bewertung und Annahme Ihres Antrags beeinflussen können) offenlegen. Wenn Sie Zweifel haben, ob eine Information wesentlich ist oder nicht, müssen Sie sie trotzdem angeben. Die Nichtoffenlegung wesentlicher Informationen kann den Versicherungsschutz ungültig machen.

Diese Erklärung ist für zwei Monate gültig, nachdem Sie dieses Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben haben.

	Antragsteller	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? Falls 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"/> <input type="text"/> /Tag	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> /Tag	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Tag
Konsumieren Sie Alkohol? Falls „Ja“, wie viele Alkoholeinheiten nehmen Sie pro Woche zu sich? 1 Schnaps = 1 Einheit, 250 ml Bier = 1 Einheit, 1 Glas Wein = 1 Einheit. Falls Sie nichts konsumieren, geben Sie bitte „Nein“ an.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> /Woche	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> /Woche

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, Gefäßkrankheit, Herzrhythmusstörungen, Herzgeräusche, Brustschmerzen, Blutgerinnsel, Blutkrankheiten, abnormaler Blutdruck oder erhöhte Cholesterinwerte. Ja Nein
- b) **Jegliche dermatologische Erkrankungen**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Schuppenflechte (Psoriasis), Dermatitis, Hautausschläge, Allergien oder Akne. Ja Nein
- c) **Jegliche endokrine Erkrankungen**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Diabetes, Pankreatitis, Gewichtsprobleme, Gicht oder Schilddrüsenprobleme oder andere hormonelle Ungleichgewichte. 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, Ohr-Infektion, Probleme mit den Nasennebenhöhlen, Angina oder Polypen oder Myopie mit Werten über -6. 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. Ja Nein
- f) **Jegliche infektiöse Viruslast-Erkrankungen**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf), Hepatitis A-B-C, Herpes, HIV, SARS-CoV-2 / COVID-19, Malaria, Meningitis, Blutinfectionen oder sexuell übertragbare Krankheiten. Ja Nein
- g) **Jegliche Erkrankungen der Muskeln oder der Gelenke**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Nacken- oder Rückenbeschwerden, Arthritis, Fibromyalgie, Gelenkersatz, Probleme der Bänder und/oder Knorpel oder Karpaltunnelsyndrom. Ja Nein
- h) **Jegliche neurologische Erkrankung**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Schlaganfall, Multiple Sklerose, Epilepsie, neurodegenerative Erkrankungen oder Anfälle, Lähmungen, Migräne, Alzheimer oder eine andere Form von Demenz. Ja Nein
- i) **Jegliche onkologische Erkrankungen**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Krebs, Leukämie, Lymphomata, einen Tumor, Hautwunden, Knoten, Zysten, Leberflecken, Polypen oder Muttermale. Ja Nein
- j) **Jegliche psychiatrische oder psychologische Erkrankung**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Krankheiten des autistischen Formenkreises, Depression, Angststörungen, chronisches Müdigkeitssyndrom, Essstörungen, Zwangsneurosen, Phobien oder Alkohol-und Drogenprobleme. Ja Nein
- k) **Jegliche die Atemwege oder die Lunge betreffende Erkrankungen**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) chronisch obstruktive Pneumopathie, Asthma, Bronchitis, Nasennebenhöhlenentzündung, Kurzatmigkeit oder Allergien. 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. Ja Nein
- m) **Jede angeborene Krankheit oder Störung, die bei oder vor der Geburt auftritt**, wie z. B. Nebennierenhyperplasie, zystische Fibrose, Down-Syndrom, Hämophilie, Herzfehler, Chorea Huntington, Klinefelter-Syndrom, Marfan-Syndrom, Missbildungen und Spina bifida. Ja Nein
- Bitte geben Sie keine Ergebnisse von genetischen (DNA oder RNA) Tests an, da diese für die medizinische Risikoprüfung nicht erforderlich sind.
- n) **Jegliche andere Unfälle, Verletzungen, Erkrankungen oder Störungen**, die nicht bereits angegeben wurden? Ja Nein

Trifft Folgendes auf Sie oder Ihre Angehörigen zu:

- o) Nimmt aktuell verschriebene Medikamente oder Arzneimittel (einschließlich frei verkäufliche), Tabletten oder erhält andere Behandlungen. Ja Nein
- p) Wartet auf eine medizinische Untersuchung, auf weitere Tests oder auf Ergebnisse oder Behandlungen aufgrund eines Unfalls, einer Verletzung oder einer Krankheit. Ja Nein
- q) Hat sich in den letzten 10 Jahren Tests oder Untersuchungen unterzogen, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Biopsien, Darmspiegelung (Koloskopie), Scheidenspiegelung (Kolposkopie), Computertomographie (CT), Mammographie, Magnetresonanztomographie (MRT), Papanicolaou-Abstrich (PAP-Abstrich) oder prostataspezifischer Antigen-Test (PSA), Echokardiographie (Herzecho) oder Ultraschall. Ja Nein
- Bitte geben Sie keine Ergebnisse von genetischen (DNA oder RNA) Tests an, da diese für die medizinische Risikoprüfung nicht erforderlich sind.
- r) Hat in den letzten zwei Jahren wiederkehrende oder anhaltende Symptome oder medizinische Beschwerden festgestellt, die NICHT im Zusammenhang mit bereits angegebenen Erkrankungen oder Beschwerden stehen, wie z. B. die Folgenden (jedoch nicht beschränkt darauf): Ja Nein
- Fieber (103°F/ 39.4°C oder höher) und/oder anhaltenden Husten
 - Kurzatmigkeit
 - Heiserkeit
 - Starke / anhaltende Kopfschmerzen
 - Leberflecke oder Hautmarkierungen, die geblutet haben, verändert waren oder schmerzhaft geworden sind
 - Kribbeln
 - Verschwommenes oder doppeltes Sehen
 - Unerklärter Gewichtsverlust
 - Darmblutungen, Veränderung der Darmgewohnheiten oder der Urinfrequenz
 - Gefühlsverlust, Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit
 - Ungewöhnliche Blutungen
 - Gelenkschmerzen/StEIFheit
- s) Wurde in den letzten 30 Tagen empfohlen, sich selbst zu isolieren oder haben Sie sich dazu entschlossen? Ja Nein

Bitte beantworten Sie die folgende Frage nur, wenn Sie einen Zahntarif ausgewählt haben.

- t) Befindet sich eine Person, die in diesem Formular genannt wird, zurzeit in zahnärztlicher Behandlung oder ist angeraten worden, eine Zahnbehandlung, einen chirurgischen zahnärztlichen Eingriff, Zahnersatz, Kieferorthopädie oder eine zahnärztliche Parodontalbehandlung vornehmen zu lassen? Ja Nein

7 Erklärung

Bitte lesen Sie die folgenden Erklärungen sorgfältig durch. Um zu bestätigen, dass Sie die Bedingungen verstanden haben und sie akzeptieren, müssen Sie den Abschnitt weiter unten, „Zustimmungen“, unterschreiben.

- 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 Informationen weggelassen, verfälscht oder unrichtig dargestellt. Ich erkenne diesen Antrag als Grundlage für den Vertrag zwischen mir und Allianz an. Mir ist bekannt, dass der Vertrag gemäß der geltenden Gesetzgebung nichtig ist, wenn ich falsche, inkorrekte oder irreführende Angaben mache oder wissentlich wesentliche medizinische Angaben verschweige.
- Ich verpflichte mich, Allianz 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 im Zusammenhang mit dem Antrag auf diesen Versicherungsschutz zu verzichten. Mir ist bekannt, dass Allianz (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.
- Vorbehaltlich gesetzlicher Beschränkungen kann Allianz (oder deren medizinische Berater, ernannte Vertreter oder andere Experten im Falle von Streitigkeiten) medizinische Informationen von medizinischem Fachpersonal über mich anfordern. Unter diesen Umständen bevollmächtige ich Ärzte, Zahnärzte sowie Mitarbeiter medizinischer Einrichtungen und Gesundheitsbehörden, alle relevanten medizinischen Daten und Informationen im Zusammenhang mit meiner Person auf Anfrage an Allianz weiterzugeben. Diese Erklärung gebe ich auch für meine Angehörigen ab, die jünger als 18 Jahre sind oder die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.
- Ich bestätige:
 - 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, das Versicherungshandbuch und die Tarifliche Leistungszusage erhalten, gelesen und verstanden und akzeptiere die dort beschriebenen Versicherungsbedingungen.
 - 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 oder E-Mail widerrufen kann. Ich habe in diesem Fall das Recht auf volle Rückerstattung des Versicherungsbeitrags, vorausgesetzt ich habe keine Erstattungsansprüche in der Zwischenzeit geltend gemacht.
- Ich akzeptiere, dass:
 - ich nach Erhalt des Versicherungsscheins den Inhalt in Bezug auf die Richtigkeit der enthaltenen Informationen prüfe.
 - der Versicherungsvertrag den allgemeinen Versicherungsbedingungen unterliegt, die zum Zeitpunkt des Verlängerungsdatums gelten und im Versicherungshandbuch enthalten sind.
 - der Versicherungsschutz von Allianz 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.
 - 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.

8 Ernennung des Versicherungsnehmers

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

Um uns bei der Verwaltung der Versicherungspolice zu unterstützen, können Sie den Versicherungsnehmer als Hauptkontaktperson für den Versicherungsvertrag nominieren. Stimmen Sie dazu einfach im Abschnitt „Zustimmungen“ weiter unten zu.

Der Versicherungsnehmer ist dann befugt, bei der Verwaltung dieser Police im Namen aller Angehörigen zu handeln. Dazu zählt ggf. auch die Offenlegung sensibler medizinischer Informationen. Diese Autorisierung ist solange gültig, bis ich oder ein Angehöriger dieser Police sie schriftlich bei Allianz annulliere.

9 Ernennung eines Vermittlers (sofern zutreffend)

Indem ich unten im Abschnitt „Zustimmungen“ zustimme, bevollmächtige ich den dort genannten Vermittler, in Bezug auf die Verwaltung dieser Police in meinem Namen zu handeln. Dazu zählt ggf. auch die Offenlegung sensibler medizinischer Informationen. Diese Autorisierung ist so lange gültig, bis ich sie schriftlich bei Allianz annulliere.

10 Ihre persönlichen Daten

Unser Datenschutzhinweis erklärt, wie wir Ihre Privatsphäre schützen und wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden. Sie müssen diese Information lesen, bevor Sie Ihre persönlichen Daten an uns übermitteln. Um unseren Datenschutzhinweis zu lesen, gehen Sie 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, schreiben Sie uns eine E-Mail: 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 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 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 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 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:** Allianz 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 nutzen. Ich verstehe, dass Allianz Vereinbarungen mit diesen Einrichtungen getroffen hat, um meine Daten zu schützen. Ich entbinde alle Personen dieser Einrichtungen und Allianz 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 erbringen, wie z. B. Risikoprüfungen und die Bearbeitung von Erstattungsanträgen, wenn:
 - diese Services das Sammeln und die Nutzung meiner Gesundheitsdaten beinhaltet, und
 - Allianz meine Police nicht verwalten bzw. Erstattungsanträge nicht ohne diese Daten bearbeiten kann.
 - Mitversicherer zur Aufteilung des Versicherungsrisikos mit anderen Unternehmen, an die Allianz 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 Einwilligung zu diesen Punkten widerrufen möchte, kann ich Allianz darüber per E-Mail an AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com informieren.

12 Marketingpräferenzen

Ich (der Antragsteller) und meine Angehörigen stimmen zu, dass Allianz 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 durch Ankreuzen der Kästchen zugestimmt habe:

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

Informationen, die Allianz 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, 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 Zustimmungen

Bitte geben Sie den Abschnitt an, für den Sie Ihre Zustimmung erteilen.


- | | | |
|--|--------------------------|-----------------------|
| 7. Erklärung** | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Ernennung des Versicherungsnehmers ** | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Ernennung eines Vermittlers (sofern zutreffend) | <input type="checkbox"/> | Name des Vermittlers: |
| 10. Ihre persönlichen Daten** | <input type="checkbox"/> | |
| 11. Einverständniserklärung zur Erfassung und Verarbeitung von Daten** | <input type="checkbox"/> | |
| 12. Marketing-Präferenzen | <input type="checkbox"/> | |

Unterschriften


Der Antragsteller und jeder namentlich genannte Angehörige über 18 Jahren müssen diesen Antrag unterschreiben. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie den oben angekreuzten relevanten Abschnitten zu.

 Unterschrift des Antragstellers


T T / M M / J J J J

 Unterschrift des ersten Angehörigen

T T / M M / J J J J

 Unterschrift des zweiten Angehörigen

T T / M M / J J J J

 Unterschrift des dritten Angehörigen

T T / M M / J J J J

** Bitte beachten Sie, dass wir Ihren Antrag nicht bearbeiten können, wenn Sie die Zustimmung in den markierten Abschnitten im Feld oben nicht erteilt haben.

14 Zahlungsangaben

Sie müssen diesen Abschnitt nicht ausfüllen, 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.

Zahlungswährung

Bitte kreuzen Sie Ihre gewünschte Vertragswährung an:

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

Eine Zahlung per Lastschriftinzugsverfahren ist für Zahlungen von EU-Konten in Euro, jedoch nicht für Pfund Sterling (GBP), Schweizer Franken (CHF) oder 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 EU-Konten in Euro)	<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 zutreffend

*Falls Sie per Lastschriftinzugsverfahren bezahlen möchten, füllen Sie bitte die entsprechende Einzugsermächtigung aus und reichen Sie diese bei uns ein: www.allianzcare.com/de/internationale-krankenversicherungen-fuer-privatkunden/antragsformular.html. Falls Sie einem Gruppenvertrag angehören und per Lastschriftinzugsverfahren bezahlen möchten, muss eine monatliche Zahlungsfrequenz ausgewählt werden.

Zahlung mit Karte

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 M M / J J

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.


Autorisierung der Kreditkarte

Ich ermächtige Allianz, meine Karte für meinen Krankenversicherungsschutz zu belasten. 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 widerrufe. Eine jährliche Beitragserhöhung wird mir einen Monat vorher mitgeteilt.







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

Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular:

@ E-Mail: individual.joining@e.allianz.com

 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/
-  x.com/AllianzCare
-  www.tiktok.com/@allianzcare