

Care

Internationale Krankenversicherungstarife für Sie und Ihre Familie

Antragsformular

für risikogeprüfte Policen

Beachten Sie vor dem Ausfüllen bitte:

- Wenn Sie dieses Formular in ausgedruckter Form ausfüllen, FÜLLEN SIE ES BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUS.
- Sie müssen dieses Antragsformular vollständig ausfüllen und uns alle relevanten Informationen mitteilen. Alle mit einem Sternchen (*) gekennzeichneten Felder müssen ausgefüllt werden. 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.
- Wenn Sie bereits einen unserer Krankenversicherungstarife haben und eine Erweiterung Ihres Versicherungsschutzes beantragen, teilen Sie uns bitte alle Erkrankungen mit, die Sie seit Ihrem Beitritt zu uns geltend gemacht haben.
- Betrifft Seite 15, Abschnitt „Zustimmungen“;
 - Der Antragsteller und jeder namentlich genannte Angehörige über 18 Jahren müssen diesen Abschnitt unterschreiben.
 - Alle erwachsenen Antragsteller müssen ihre Zustimmung wie in den Abschnitten 10 und 11 beschrieben, erteilen. Gemäß den Datenschutzgrundverordnungen können wir Ihren Antrag ohne diese Unterschriften nicht bearbeiten. Ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter sollte diese Abschnitte für jede versicherte Person unter 18 Jahren ausfüllen.
 - Alle erwachsenen Antragsteller, die einen Vermittler als Hauptansprechpartner für diese Police ernennen möchten, müssen die in Abschnitt 9 beschriebene Zustimmung erteilen.

Füllen Sie dieses Formular aus, um einem bestehenden Gruppenvertrag beizutreten? Bitte geben Sie an:

Gruppenname:

Gruppennummer:

Falls Sie bereits Teil des Gruppenvertrags sind und einen neuen Angehörigen hinzufügen möchten, geben Sie bitte Ihre Versicherungsnummer an:

Versicherungsnummer:

Allianz Medical Expert (AME) – unser automatisiertes Risikoprüfungs-Tool:

Wir können ein automatisiertes Tool für die medizinische Risikoprüfung verwenden, um zu ermitteln, ob wir Ihnen Versicherungsschutz anbieten können und, wenn ja, zu welchen Bedingungen. Dieses Tool wird verwendet, um die persönlichen und medizinischen Angaben, die Sie uns zur Verfügung stellen, zu verarbeiten, um die Kosten für Ihren internationalen Krankenversicherungsschutz zu berechnen. Ohne diese Angaben können wir Ihren Versicherungsbeitrag für eine Versicherung, die Ihren Anforderungen entspricht, nicht berechnen.

Wir prüfen regelmäßig die Funktionsweise unseres automatisierten Risikoprüfungs-Tools, um sicherzustellen, dass wir weiterhin eine faire Beurteilung anbieten. Diese Beurteilung basiert auf den von Ihnen ausgewählten Tarifen und den persönlichen und medizinischen Angaben, die Sie uns auf diesem Antragsformular zur Verfügung stellen.

Einwilligung in die automatisierte Risikoprüfung

☐ Indem Sie dieses Kästchen ankreuzen, erklären Sie sich damit einverstanden, dass Allianz ein automatisiertes Tool zur medizinischen Risikoprüfung einsetzt, um Ihre persönlichen und medizinischen Angaben auszuwerten, damit eine Entscheidung über die zu versichernden Risiken getroffen werden kann. Dies geschieht in Übereinstimmung mit den Vorgaben der DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung) zur Verarbeitung von Daten unter Verwendung eines automatisierten Risikoprüfungs-Tools.

Sobald die Entscheidung mithilfe des automatisierten Risikoprüfungs-Tools getroffen wurde, haben Sie das Recht darauf, zu verlangen, dass wir unsere Entscheidung überdenken. In einem solchen Fall wird eine Prüfung durch unser Risikoprüfungsteam durchgeführt. Wenn Sie dieses Recht in Anspruch nehmen möchten, wenden Sie sich bitte per E-Mail an individual.joining@e.allianz.com.

Zum Verständnis ...

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.

Angaben zum Antragsteller

Herr ☐ Frau ☐

Vorname *

Nachname *

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) * / / Geschlecht bei der Geburt * Männlich ☐ Weiblich ☐

Heimatland * Nationalität *

Land des Hauptwohnsitzes *

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

Adresse im Land des Hauptwohnsitzes *

Ort *

Land *

Haupttelefonnummer * Ländervorwahl Ortsvorwahl

Andere / Zweittelefonnummer Ländervorwahl Ortsvorwahl

E-Mail-Adresse *
(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Beruf (falls Sie Student sind, bitte angeben) *

Eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung:

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer

Beginn des Versicherungsschutzes (TT/MM/JJJJ) / /

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

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

2. Angaben zu Ihren Angehörigen

Sie können Angehörige in Ihre Police aufnehmen. Wenn Sie Angehörige hinzufügen möchten, müssen Sie die folgenden Felder ausfüllen. 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	Ehepartner/Partner ☐ Kind ☐	Ehepartner/Partner ☐ Kind ☐	Ehepartner/Partner ☐ Kind ☐
Vorname			
Nachname			
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	/ /	/ /	/ /
Geschlecht bei der Geburt	Männlich ☐ Weiblich ☐	Männlich ☐ Weiblich ☐	Männlich ☐ Weiblich ☐
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? *

Datum (TT/MM/JJJJ)	/	/
--------------------	---	---

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 ☐ Europa ☐

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 Ihre Tarife aus

Care Base ☐ Care Enhanced ☐ Care Signature ☐

Wählen Sie Ihre optionalen Tarife aus

Ambulanttarife

Sie können einen Ambulanttarif mit dem entsprechenden Haupttarif kombinieren. Als Beispiel: Wenn Sie als Haupttarif Care Signature ausgewählt haben, müssen Sie als Ambulanttarif ebenfalls die Care Signature-Stufe auswählen. Ambulanttarife können nicht separat erworben werden.

Care Base ☐ Care Enhanced ☐ Care Signature ☐

Zahntarife

Sie können einen Zahntarif mit dem entsprechenden Haupttarif kombinieren. Als Beispiel: Wenn Sie als Haupttarif Care Signature ausgewählt haben, müssen Sie als Zahntarif ebenfalls die Care Signature-Stufe auswählen. Zahntarife können nicht separat erworben werden.

Care Base ☐ Care Enhanced ☐ Care Signature ☐

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 der Spalte rechts daneben. Es kann entweder eine Selbstbeteiligung am Haupttarif UND/ODER eine Selbstbeteiligung am Ambulanttarif gewählt werden. Eine Selbstbeteiligung 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.

Optionale Selbstbeteiligung am Haupttarif	Beitragsnachlass
☐ Keine Selbstbeteiligung	0%
☐ 830 £ / 1.000 € / 1.350 US\$ / CHF 1.300 Selbstbeteiligung	10%
☐ 2.490 £ / 3.000 € / 4.050 US\$ / CHF 3.900 Selbstbeteiligung	20%
☐ 4.980 £ / 6.000 € / 8.100 US\$ / CHF 7.800 Selbstbeteiligung	30%

Selbstbeteiligung am Ambulanttarif

Um den Beitrag für Ihren Ambulanttarif zu reduzieren, wählen Sie eine optionale Selbstbeteiligung aus der folgenden Tabelle aus. Den entsprechenden Beitragsnachlass finden Sie in der Spalte rechts daneben. Es kann entweder eine Selbstbeteiligung am Ambulanttarif UND/ODER eine Selbstbeteiligung am Haupttarif gewählt werden. Eine Selbstbeteiligung 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.

Optionale Selbstbeteiligung am Ambulanttarif	Beitragsnachlass
☐ Keine Selbstbeteiligung	0%
☐ 208 £ / 250 € / 338 US\$ / CHF 325	10%
☐ 457 £ / 550 € / 743 US\$ / CHF 715	20%
☐ 705 £ / 850 € / 1.148 US\$ / CHF 1.105	30%

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. Umfasst dieser Antrag einen oder mehrere Angehörige, sind die folgenden Felder Pflichtfelder und müssen für jede Person ausgefüllt werden.

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

	Antragsteller	Angehöriger 1	Angehöriger 2	Angehöriger 3
Größe *	cm	cm	cm	cm
Gewicht *	kg	kg	kg	kg
Haben Sie im vergangenen Jahr Tabakprodukte konsumiert? *	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
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.	/Tag	/Tag	/Tag	/Tag
Konsumieren Sie Alkohol? *	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
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 „Nein“ an.	/Woche	/Woche	/Woche	/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, Blutinfektionen 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. Bitte geben Sie keine Ergebnisse von genetischen (DNA- oder RNA) -Tests an, da diese für die medizinischen Risikoprüfung nicht erforderlich sind.	Ja ☐ Nein ☐
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 prostata-spezifischer 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.

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):

- Fieber (103°F/39,4°C oder höher) und/oder anhaltenden Husten
- Kurzatmigkeit
- Heiserkeit
- Starke / anhaltende Kopfschmerzen
- r) • Leberflecke oder Hautmarkierungen, die geblutet haben, verändert waren oder schmerzhaft geworden sind Ja ☐ Nein ☐
- 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 ☐

Zusätzliche Informationen für Fragen, die mit „Ja“ beantwortet wurden

Wenn Sie eine oder mehrere der Fragen von a) bis t) mit Ja beantwortet haben, geben Sie in der Tabelle unten bitte weitere Details an. Bitte teilen Sie uns mit, ob eine vollständige Genesung stattgefunden hat oder ob Sie oder Ihre Angehörigen eine Krankheit oder Beschwerden haben, die mit der ursprünglichen Diagnose im Zusammenhang steht/ stehen oder sich daraus ergibt/ergeben. Fügen Sie bitte, sofern möglich, aktuelle medizinische Berichte/Testergebnisse bei, die Ihre Angaben unterstützen.

	Frage	Diagnose - Geben Sie bitte (sofern zutreffend) das betroffene Körperteil an (z. B. linker Arm, rechter Fuß oder betroffener Zahn)	Genaueres Datum der ersten Symptome	Datum und Häufigkeit der Symptome (täglich, wöchentlich, monatlich, unregelmäßig)	Frühere und aktuelle Behandlungen, Untersuchungen, Bluttests oder Messungen (Bitte angeben: Name, Dosierung und Häufigkeit der Medikamenteneinnahme, Datum des Behandlungsbeginns, Behandlungshäufigkeit und Dauer der Behandlung)	Aktueller Status (z. B. Komplikationen, vollständige Genesung, wiederkehrend oder anhaltend) Bitte geben Sie auch an, ob Sie aufgrund eines bestehenden Problems zum Zahnarzt gehen oder die empfohlenen zahnärztlichen Routineuntersuchungen nicht mehr wahrnehmen.
Antragsteller						
Angehöriger 1						
Angehöriger 2						
Angehöriger 3						

Sollte in der Tabelle oben nicht ausreichend Platz sein, verwenden Sie bitte ein weiteres Formular.

Bitte geben Sie den Namen, die Adresse und die Telefonnummer des Hausarztes (und falls zutreffend auch des Zahnarztes) aller in diesem Formular genannten Personen an. Falls der Platz nicht ausreichen sollte, verwenden Sie bitte ein weiteres Formular. *

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:

	Antragsteller	Erster Angehöriger	Zweiter Angehöriger	Dritter Angehöriger
Name				
Informationen, die Allianz über Produkte und Dienstleistungen sendet, einschließlich Aktualisierungen der neuesten Angebote, Produkte und Dienstleistungen.	☐	☐	☐	☐
Informationen über Produkte und Services anderer Unternehmen der Allianz Gruppe, die von diesen direkt gesandt werden. Ich verstehe, dass zu diesem Zweck meine Kontaktinformationen weitergeleitet werden.	☐	☐	☐	☐
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.	☐	☐	☐	☐
Solche Mitteilungen sollten mir wie folgt zugesandt werden:				
E-Mail	☐	☐	☐	☐
App Benachrichtigungen	☐	☐	☐	☐
Telefon	☐	☐	☐	☐
Post	☐	☐	☐	☐

13. Zustimmungen

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

7	Erklärung**	☐	
8	Ernennung des Versicherungsnehmers	☐	
9	Ernennung eines Vermittlers (sofern zutreffend)	☐	Name des Vermittlers
10	Ihre persönlichen Daten**	☐	
11	Einverständniserklärung zur Erfassung und Verarbeitung von Daten**	☐	
12	Marketing-Präferenzen	☐	

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

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

 Unterschrift des ersten
Angehörigen

 Unterschrift des zweiten
Angehörigen

 Unterschrift des dritten
Angehörigen

Datum (TT/MM/JJJJ)

/ /

/ /

/ /

/ /

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

Zahlungswährung

Bitte kreuzen Sie das Kästchen Ihrer gewünschte Vertragswährung an:

Euro (EUR) ☐

Pfund Sterling (GBP) ☐

Schweizer Franken (CHF) ☐

US-Dollar (USD) ☐

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)	☐	☐	☐	☐
Kreditkarte	☐	☐	☐	☐
Banküberweisung	☐	☐	☐	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:

Karte: ☐ MasterCard ☐ VISA ☐ American Express ☐ JCB ☐ Diners Club ☐ Discover

Name des Karteninhabers Kartennummer

Gültig bis (MM/JJJJ) / 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
(TT/MM/JJJJ) / /

Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular:

↓ Online: Laden Sie das Antragsformular herunter, füllen Sie es mit Adobe Acrobat Reader aus und klicken Sie dann auf die Schaltfläche unten.*

* Damit das ausgefüllte Antragsformular versendet werden kann, benötigt Adobe Zugriff auf Ihr E-Mail-Konto. Bitte erteilen Sie diese Freigabe.

Antrag absenden

@ E-Mail: Falls Sie die Schaltfläche oben nicht verwenden können, speichern Sie das Formular auf Ihrem Gerät und senden Sie es bitte per E-Mail an:
individual.joining@e.allianz.com

🏠 Post: Allianz
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

Dieses Dokument ist eine deutsche Übersetzung des englischen Dokuments. Die englische Version ist die ursprüngliche und offizielle Version. Sollten zwischen dieser Übersetzung und der englischen Version Unterschiede bestehen, beachten Sie bitte, dass die englische Version die rechtsverbindliche und offizielle Version ist.

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.