

5 VORERKRANKUNGEN

Vorerkrankungen sind Erkrankungen, für die innerhalb von zehn Jahren vor Versicherungsbeginn ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind. Dies gilt unabhängig davon, ob Sie oder Ihre Angehörigen eine medizinische Behandlung oder einen ärztlichen Rat erhalten haben, und unabhängig davon, ob eine Diagnose gestellt wurde. Eine solche Vorerkrankung besteht, wenn wir davon ausgehen, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hatten.

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

Daher ist es notwendig, dass Sie uns im oben genannten Zeitraum über jegliche Änderung Ihres Gesundheitszustandes oder des Gesundheitszustandes Ihrer Angehörigen informieren. Wenn diese Informationen nicht angegeben werden, kann Ihr Vertrag ab dem Datum des Versicherungsbeginns ungültig werden.

Wir berücksichtigen alle angegebenen Vorerkrankungen und entscheiden über die Annahmebedingungen für die medizinischen Fälle, die in diesem Versicherungshandbuch definiert sind. Wir berücksichtigen nur Vorerkrankungen, die innerhalb der letzten zehn Jahre vor Versicherungsbeginn aufgetreten sind.

Weitere Informationen zu bestehenden Vorerkrankungen finden Sie im Versicherungshandbuch und in der Tariflichen Leistungsusage.

Wenn Sie uns nicht über Vorerkrankungen informieren, kann Ihr Erstattungsantrag abgelehnt werden und/oder Versicherungsschutz ab dem Datum des Versicherungsbeginns ungültig werden.

6 GESUNDHEITSANGABEN

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen unter Berücksichtigung der vollständigen Krankengeschichte von Ihnen und Ihren Angehörigen. Sie müssen keine Angaben zu „kleineren“ Erkrankungen machen, wie z. B., jedoch nicht beschränkt auf, Heuschnupfen, Nasennebenhöhlenentzündung, Ohrenschmerzen, Verdauungsbeschwerden, Muskelverspannung, Halsschmerzen, Erkältung usw. Wir betrachten diese als unkomplizierte Erkrankungen, die selbst behandelt werden können, keine Überweisung für weitere Untersuchungen oder Behandlungen erfordern und eine vollständige Genesung erfolgt. Sämtliche Fakten, die für die Bewertung und Annahme Ihres Antrags entscheidend sein können, sind dabei offenzulegen. 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 |
|--|---|---|---|---|
| <p>1. Liegt Ihr BMI (Verhältnis Körpergröße/Gewicht) über 35? Sie finden einen BMI Rechner unter: www.allianzcare.com/members</p> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <p>2. Haben Sie innerhalb des letzten Jahres Tabak in irgendeiner Form konsumiert? Wenn ja, beträgt der durchschnittliche tägliche Konsum mehr als 40 Zigaretten? (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)</p> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <p>3. Falls Sie Alkohol konsumiert haben, beträgt der wöchentliche Konsum mehr als 30 Einheiten? (Schnaps = 1 Einheit, 250 ml Bier = 1 Einheit, 1 Glas Wein = 1 Einheit. Falls Sie nichts konsumieren, geben Sie „Nein“ an)</p> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <p>4. Litt in den letzten 10 Jahren eine der in diesem Antrag genannten Personen jemals an bzw. war im Krankenhaus, wurde ärztlich beraten, hatte Symptome, Tests/Untersuchungen oder wurde behandelt (einschließlich Operationen) aufgrund einer der folgenden Erkrankungen?</p> | | | | |
| <p>a) Jegliche onkologische Erkrankung oder Krebsvorstufe, wie z. B., jedoch nicht beschränkt auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Gutartiger oder bösartiger Tumor b. Leukämie c. Lymphdrüsenkrebs (Morbus Hodgkin) d. Lymphom, Sarkom oder Melanom, Basalzellkarzinom e. Abnormaler Gebärmutterhals-Abstrich(CIN III oder höher) oder abnormale Mammographie (BI-RADS 3 oder höher) f. Leukoplakie g. Dysplastischer Nävus h. Polypen in Darm, Dünndarm, Gallenblase und/oder Magen i. Erhöhte Tumormarker (z. B. Blut (PSA) gleich 4,0 ng/mL oder höher) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <p>b) Organtransplantation oder Organerkrankung im Endstadium, wie z. B., jedoch nicht beschränkt auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nierenarterienstenose b. Dialyse c. Knochenmarktransplantation d. Leberzirrhose, chronisches Leberversagen oder Leberfibrose | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

| Antragsteller | Angehöriger 1 | Angehöriger 2 | Angehöriger 3 |
|---|---|---|---|
| <p>c) Jegliche Herz oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie z. B., jedoch nicht beschränkt auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Angina pectoris b. Kardiomyopathie c. Abnormaler Herzrhythmus oder Herzrhythmusstörung d. Ischämisches Herzleiden e. Koronare Herzkrankheit oder Herzklappenfehler f. Diabetes mellitus (außer Schwangerschaftsdiabetes), gestörte Glukosetoleranz g. Unkontrollierter Bluthochdruck oder unkontrollierte Hypercholesterolämie | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <p>d) Jegliche Autoimmunerkrankung, wie z. B., jedoch nicht beschränkt auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Schilddrüsenüberfunktion b. Sjögren-Syndrom c. Gelenkrheumatismus d. Systemischer Lupus erythematodes e. Guillain-Barré-Syndrom f. Vaskulitis/Kawasaki-Syndrom g. Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) h. Chronische inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <p>e) Jegliche Autoimmunerkrankung wie z. B., jedoch nicht beschränkt auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Schwere/Aplastische/Perniziöse Anämie b. Alpha-Thalassämie c. Idiopathische thrombozytopenische Purpura d. Von-Willebrand-Syndrom e. Myelodysplastisches Syndrom f. Sichelzellenkrankheit | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <p>f) Jegliche ansteckende oder Viruserkrankung, wie z. B., jedoch nicht beschränkt auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Chronische Hepatitis B b. Hepatitis C c. HIV/AIDS d. Meningitis | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <p>g) Jegliche neurologische Erkrankung, wie z. B., jedoch nicht beschränkt auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Demenz b. Multiple Sklerose c. Epilepsie d. Parkinson e. Alzheimer f. Krämpfe g. Querschnittslähmung h. Zerebralparese oder andere entwicklungsbedingte neurologische Anomalien | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <p>h) Jegliche die Atemwege betreffende Erkrankung, wie z. B., jedoch nicht beschränkt auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung b. Interstitielle Lungenerkrankung c. Mukoviszidose, Sarkoidose d. Lungenhochdruck (pulmonale Hypertonie) e. Emphysem | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <p>i) Jegliche Gefäß- oder Kreislaferkrankung, wie z. B., jedoch nicht beschränkt auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Schlaganfall b. Periphere Arterienerkrankung (PAD) c. Bauchaortenaneurysma d. Verengung der Halsschlagader e. Arteriovenöse Malformation (AVM) f. Chronische Gliedmaßen-bedrohende Ischämie (CLTI) g. Lungenembolie (Blutgerinsel) h. Tiefe Venenthrombose (TVT) i. Chronische Veneninsuffizienz j. Hirntumor oder Hirnaneurysma k. Atherosklerose l. Transitorische ischämische Attacke (TIA) Hirnblutung m. Carotisstenose n. Abnormale Blutgefäße in Gehirnschädel oder Rückenmark | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

9 ERNENNUNG EINES VERMITTLERS

(Dieser Abschnitt muss vom Antragsteller und seinen Angehörigen oder Eltern/Erziehungsberechtigten von minderjährigen Antragstellern ausgefüllt werden, die einen Vermittler als Hauptansprechpartner benennen möchten.)

Ich ermächtige hiermit

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

 / /

Unterschrift des ersten Angehörigen

 / /

Unterschrift des zweiten Angehörigen

 / /

Unterschrift des dritten Angehörigen

 / /

Wenn es sich bei dem Antragsteller oder einem Angehörigen um eine minderjährige Person handelt, muss der folgende Abschnitt von einem Elternteil oder Erziehungsberechtigten unterzeichnet werden:

Vollständiger Name des Elternteils/Erziehungsberechtigten

Geburtsdatum / /

E-Mail-Adresse

Ich bestätige, dass ich der Elternteil/Erziehungsberechtigte der/des Minderjährigen bin (d. h. Antragsteller und/oder Angehörige unter 18). Ich bin uneingeschränkt berechtigt, die Weitergabe ihrer medizinischen und persönlichen Daten zum Zwecke der Verwaltung ihres Versicherungsschutzes an den oben genannten Vermittler zu genehmigen. Wenn ich meine Meinung bezüglich dieser Einwilligung ändere oder widerrufen möchte, kann ich Allianz Care per E-Mail an AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com informieren.

Diese Einwilligung gilt für die gesamte Vertragslaufzeit, bis die minderjährige Person das Alter von 18 Jahren erreicht. Ab diesem Zeitpunkt hat/haben sie/er das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu ändern oder zu widerrufen.



Unterschrift des Elternteils/
Erziehungsberechtigten

Datum / /

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/en/privacy.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 angeben | Name der/des ersten Angehörigen angeben | Name der/des zweiten Angehörigen angeben | Name der/des dritten Angehörigen angeben |
|---------------------------------|---|--|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

- Zustimmung zur Erfassung, Speicherung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten:** Allianz Care darf meine Gesundheitsdaten zur Verwaltung meiner Krankenversicherung erfassen, speichern und verwenden, z. B. zur Erstellung eines Angebots für Versicherungsschutz, für die Prüfung der zu versichernden Risiken oder die Bearbeitung von Erstattungsanträgen. Allianz Care darf meine Gesundheitsdaten in Übereinstimmung mit dem für meine Versicherung geltenden Sozialgesetzbuch oder anderen geltenden Gesetzen zur Aufbewahrung von Daten speichern.
- Einwilligung, dass meine Daten von Drittparteien eingeholt werden dürfen:** Um mir Versicherungsschutz anzubieten, Risiken zu versichern oder Erstattungsanträge zu bearbeiten, kann Allianz Care meine Gesundheitsdaten und sonstige Daten von Ärzten, Pflege- und Krankenhauspersonal, sonstigen medizinischen Einrichtungen, Pflegeheimen, Fonds der gesetzlichen Krankenkasse, meinem Tarifsponsor, Fachverbänden und öffentlichen Behörden einholen. Ich entbinde alle Personen dieser Einrichtungen und Allianz Care von ihrer/seiner Schweigepflicht in Bezug auf meine Gesundheitsdaten oder sonstige Daten, die zu den unten genannten Zwecken weitergegeben und verwendet werden müssen.
- Weitergabe meiner Daten außerhalb von Allianz Care:** Allianz Care kann meine Gesundheitsdaten und sonstige Daten an die nachfolgend aufgeführten Experten und Einrichtungen weiterleiten. Diese werden die Daten dann in gleichem Umfang und zu den gleichen Zwecken wie Allianz Care nutzen. Ich verstehe, dass Allianz Care Vereinbarungen mit diesen Einrichtungen getroffen hat, um meine Daten zu schützen. Ich entbinde alle Personen dieser Einrichtungen und Allianz Care von ihrer/seiner Schweigepflicht in Bezug auf meine Gesundheitsdaten oder sonstige Daten, die zu den genannten Zwecken weitergegeben und verwendet werden müssen:
 - Unabhängige medizinische Fachkräfte, um Versicherungsrisiken und entsprechende Leistungen zu prüfen, die an mich oder an Dritte, die Behandlungen vornehmen oder Dienstleistungen anbieten, im Rahmen meines Versicherungsvertrags gezahlt werden.
 - Dienstleister von Unternehmen außerhalb der Allianz Gruppe, die Dienstleistungen im Namen von Allianz Care erbringen, wie z. B. Risikoprüfungen und die Bearbeitung von Erstattungsanträgen, wenn:
 - diese Services das Sammeln und die Nutzung meiner Gesundheitsdaten beinhaltet, und
 - Allianz Care meine Police nicht verwalten bzw. Erstattungsanträge nicht ohne diese Daten bearbeiten kann.

- Mitversicherer zur Aufteilung des Versicherungsrisikos mit anderen Unternehmen, an die Allianz Care den Versicherungsvertrag ausstellt sowie zur gemeinsamen Bearbeitung von Erstattungsanträgen.
- Andere Versicherer/Rückversicherer, die gleichzeitig 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 | Unterschrift des ersten Angehörigen | Unterschrift des zweiten Angehörigen | Unterschrift des dritten Angehörigen |
| <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"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

12 MARKETING-PRÄFERENZEN

Ich (der Antragsteller) und meine Angehörigen stimmen 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 angeben | Name der/des ersten Angehörigen angeben | Name der/des zweiten Angehörigen angeben | Name der/des dritten Angehörigen angeben |
|---------------------------------|---|--|--|
| | | | |

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.

Bitte zahlen Sie Ihre Versicherungsbeiträge erst, nachdem Sie von uns eine Versicherungsnummer erhalten haben. Die Zahlung Ihrer Versicherungsbeiträge erfolgt jährlich während der Laufzeit der Versicherung.

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 Lastschriftverfahren ist für Zahlungen in Euro, Pfund Sterling (GBP) und Schweizer Franken (CHF), jedoch nicht für US-Dollar (USD), möglich.

Zahlungsmethode

Bitte kreuzen Sie Ihre gewünschte Zahlungsmethode an:

| | |
|--|--------------------------|
| Lastschriftverfahren* (für Zahlungen in Euro, Pfund Sterling oder Schweizer Franken) | <input type="checkbox"/> |
| Kreditkarte | <input type="checkbox"/> |
| Scheck | <input type="checkbox"/> |
| Banküberweisung | <input type="checkbox"/> |

Falls Sie per Lastschriftverfahren bezahlen möchten, füllen Sie bitte die entsprechende Einzugsermächtigung aus und reichen Sie diese bei uns ein: www.allianzcare.com/en/international-individual-health-insurance/paper-applications/.

Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular per:

 E-Mail: underwriting@allianzworldwidecare.com

 Fax : +353 1 629 1302

 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, handelnd 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.

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

Kartenummer Gültig bis / /

CVV Code*: (4 Kästchen)

* 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 Kartenummer 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 Avenue-Beitrag 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 / /