

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig

Unser Datenschutzhinweis erklärt, wie wir Ihre Privatsphäre schützen. Dies ist eine wichtige Information, die erklärt, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden. Sie sollten diese Information lesen, bevor Sie Ihre persönlichen Daten an uns übermitteln. Um unseren Datenschutzhinweis zu lesen, gehen Sie auf: www.allianzcare.com/de/datenschutz.html


Alternativ können Sie uns auch unter der Telefonnummer + 353 1 630 1302 anrufen und eine Kopie unseres Datenschutzhinweises anfragen. Falls Sie Fragen dazu haben, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden, können Sie uns auch gerne per E-Mail kontaktieren: AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com

Erklärung

Bitte lesen Sie die folgenden Erklärungen sorgfältig durch und unterschreiben Sie nur, wenn Sie die Punkte verstehen und akzeptieren:

- (a) Ich erkläre, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind, einschließlich aller Informationen, die nicht von mir persönlich eingetragen wurden. Ich habe keine wesentlichen Fakten weggelassen, verfälscht oder unrichtig dargestellt. Ich erkenne diesen Antrag als Grundlage für den Vertrag zwischen mir und Allianz Care an. Mir ist bekannt, dass der Vertrag nichtig ist, wenn ich falsche, inkorrekte oder irreführende Angaben mache oder wissentlich wesentliche medizinische Angaben verschweige.
- (b) Ich verpflichte mich, Allianz Care sofort schriftlich darüber zu informieren, falls sich zwischen dem Ausfüllen dieses Fragebogens und dem Beginndatum meines Vertrags an meinem Gesundheitszustand oder dem meiner Angehörigen etwas ändert.
- (c) 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 Care (soweit hierzu Anlass besteht) Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüfen kann.
- (d) Vorbehaltlich gesetzlicher Beschränkungen kann Allianz Care (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 Care weiterzugeben. Diese Erklärung gebe ich auch für meine Angehörigen ab, die jünger als 18 Jahre sind oder die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Diese Erklärung und dieser Fragebogen müssen von derjenigen Person unterschrieben und datiert werden, deren Zustand der Zähne oben angegeben ist. Wenn es sich bei dem Antragsteller um eine minderjährige Person handelt, muss dieser Abschnitt von einem Elternteil oder dem Vormund unterzeichnet werden.

 Unterschrift	Datum	<input type="text" value="T"/>	<input type="text" value="T"/>	/	<input type="text" value="M"/>	<input type="text" value="M"/>	/	<input type="text" value="J"/>	<input type="text" value="J"/>	<input type="text" value="J"/>	<input type="text" value="J"/>
Name in Druckbuchstaben	<input type="text"/>										

Bitte schicken Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen per:

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

Post an: Underwriting Team
Allianz Partners
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12
Irland

Falls Sie Fragen zu diesem Zahnfragebogen haben, können Sie sich gerne an unsere Helpline + 353 1 630 1302 wenden oder eine E-Mail an underwriting@allianzworldwidecare.com senden.