

Antragsformular

für Policen mit Moratorium

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.
- Betrifft Seite 5, Abschnitt „Zustimmungen“:
 - Der Antragsteller und jeder namentlich genannte Angehörige über 18 Jahren müssen diesen Abschnitt unterschreiben.
 - Alle erwachsenen Antragsteller müssen ihre Zustimmung wie in Abschnitt 9 beschrieben, erteilen. Gemäß den Datenschutzgrundverordnungen können wir Ihren Antrag ohne diese Unterschriften nicht bearbeiten. Ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter sollte diesen Abschnitt für jede versicherte Person unter 18 Jahren ausfüllen.
 - Alle erwachsenen Antragsteller, die den Versicherungsnehmer oder einen Vermittler als Hauptansprechpartner für diese Police ernennen möchten, müssen die in den Abschnitten 6 und 7 beschriebene Zustimmung erteilen.

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 des Versicherungsjahres leben/leben werden.

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

[illegible]

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

[illegible]

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	T	T	/	M	M	/	J	J	J	J	Geschlecht bei der Geburt	Männlich ☐	Weiblich ☐								
Größe						cm	Gewicht					kg									
Heimatland																					
Nationalität																					
Land des Hauptwohnsitzes																					
Vollständige Adresse im Land des Hauptwohnsitzes (Pflichtfeld)																					
Steuernummer (Pflichtfeld für Personen mit Wohnsitz in Spanien, Italien und Portugal)																					
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	Ehepartner/Partner ☐ Kind ☐	Ehepartner/Partner ☐ Kind ☐	Ehepartner/Partner ☐ Kind ☐
Vorname			
Nachname			
Geburtsdatum	T T / M M / J J J J	T T / M M / J J J J	T T / M M / J J J J
Geschlecht bei der Geburt	Männlich ☐ Weiblich ☐	Männlich ☐ Weiblich ☐	Männlich ☐ Weiblich ☐
Größe	cm	cm	cm
Gewicht	kg	kg	kg
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?

T

T

 /

M

M

 /

J

J

J

J

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

4 Verfügbare medizinische Risikoprüfung

Moratorium

Im Rahmen einer Police mit Moratorium sind Sie nicht sofort für Vorerkrankungen bzw. bereits bestehende Krankheiten versichert.

Moratorium bedeutet, dass es eine 24-monatige Wartezeit gibt, bevor Erstattungsanträge für Vorerkrankungen geltend gemacht werden können.

Ein Erstattungsantrag wird nicht erstattet, wenn er sich auf eine Vorerkrankung bezieht und einer oder mehrere der folgenden Punkte innerhalb von 24 Monaten vor Ihrem Versicherungsbeginn (oder dem in Ihrem Versicherungsschein angegebenen Datum) zutrafen:

- Es war vorhersehbar, dass die Erkrankung nach Ihrem Versicherungsbeginn auftreten würde.
- Die Erkrankung zeigte sich eindeutig durch Anzeichen oder Symptome, erforderliche Behandlungen, Untersuchungen oder Medikamente.
- Sie wussten nach bestem Wissen und Gewissen, dass Sie erkrankt waren.

Sobald der (ununterbrochene) Zeitraum von 24 Monaten nach Ihrem Versicherungsbeginndatum verstrichen ist, können bereits bestehende Erkrankungen mitversichert sein, sofern Sie keine Symptome hatten, keine Behandlung, keine Medikamente, keine spezielle Diät oder Beratung benötigten und auch keine anderen Anzeichen für die Erkrankung aufwiesen.

Wenn Sie während der 24-monatigen Wartezeit Symptome hatten, eine Behandlung, Medikamente, eine spezielle Diät oder Beratung benötigten oder erhielten oder andere Anzeichen einer Erkrankung auftraten, beginnt die Wartezeit für diese Erkrankung erneut (gleitendes Moratorium).

5 Erklärung

Lesen Sie die folgenden Erklärungen bitte 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 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 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 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 und Wartezeiten.
 - Ich habe 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.

6 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.

7 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.

8 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 bitte auf: www.allianzcare.com/de/datenschutz.html

Alternativ können Sie uns auch unter der Telefonnummer + 353 1 630 1302 anrufen und eine Kopie unseres Datenschutzhinweises anfragen. Falls Sie Fragen dazu haben, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden, schreiben Sie uns eine E-Mail an: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

9 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 Zustimmung zu diesen Punkten widerrufen möchte, kann ich Allianz darüber per E-Mail an AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com informieren.

10 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.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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	☐	☐	☐	☐

11 Zustimmungen

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

5. Erklärung**

☐
6. Ernennung des Versicherungsnehmers**

☐
7. Ernennung eines Vermittlers (sofern zutreffend)

☐

Name des Vermittlers:
8. Ihre persönlichen Daten**

☐
9. Einverständniserklärung zur Erfassung und Verarbeitung von Daten**

☐
10. Marketing-Präferenzen

☐

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

T

T

/

M

M

/

J

J

J

J

T

T

/

M

M

/

J

J

J

J

T

T

/

M

M

/

J

J

J

J

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.

12 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)	☐
Pfund Sterling (GBP)	☐
US-Dollar (USD)	☐

Eine Zahlung per Lastschrifteinzugsverfahren 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
Lastschrifteinzugsverfahren* (für Zahlungen von EU-Konten in Euro)	Nicht zutreffend	Nicht zutreffend	Nicht zutreffend	☐
Kreditkarte	☐	☐	☐	☐
Banküberweisung	☐	☐	☐	Nicht zutreffend

* Falls Sie per Lastschrifteinzugsverfahren 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

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 / /

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 / /

Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular per:

@ E-Mail: 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
 www.tiktok.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.