

Antragsformular

Bei diesem Tarif handelt es sich um einen Zusatz-Tarif, um Ihre Erstattungen von zusätzlichen medizinischen Gebühren für Dienstleistungen zu ergänzen, die vom Gemeinsamen Krankenfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften (GKFS) und/oder einer privaten Versicherung erbracht werden.

Beachten Sie vor dem Ausfüllen bitte:

- Wenn Sie dieses Formular in ausgedruckter Form ausfüllen, **FÜLLEN SIE ES BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUS**.
- Sie müssen ein Formular für jede Person ausfüllen, die Versicherungsschutz beantragt oder die Ihren Versicherungsschutz unter folgenden Umständen aktualisieren möchte:
 - Seit Sie dem GKFS beigetreten sind, planen Sie innerhalb der nächsten sechs Monate in den Ruhestand zu gehen.
 - Sie möchten Ihren Versicherungsschutz von der Option „Hospi Safe Sickness“ oder „Hospi Safe Sickness and Accident“ auf „Hospi Safe Plus“ erweitern.
- Dieses Formular muss von Ihnen vollständig ausgefüllt werden und alle relevanten Informationen müssen offengelegt 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 im Rahmen einer unserer Krankenversicherungstarife versichert sind, teilen Sie uns bitte alle Erkrankungen mit, für die Sie seit Versicherungsbeginn einen Erstattungsantrag eingereicht haben.
- Betrifft Seite 8, 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 8 und 11 beschrieben, erteilen. Gemäß den Datenschutzgrundverordnungen können wir Ihren Antrag auf Versicherungsschutz ohne diese Unterschriften nicht bearbeiten. Ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter sollte diese Abschnitte für jede versicherte Person unter 18 Jahren ausfüllen.
 - Alle erwachsenen Angehörigen, die einen Vermittler als Hauptansprechpartner dieser Police ernennen möchten, müssen die in Abschnitt 10 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.

Falls Sie einen Angehörigen für bestehenden Versicherungsschutz hinzufügen möchten, geben Sie bitte Ihre Versicherungsnummer an.

1 Angaben zum Antragsteller (der Antragsteller wird Hauptversicherter)

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.

Frau Herr

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 (Pflichtfeld)

Haupttelefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

Andere/ Zweittelefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

Private E-Mail Adresse (Pflichtfeld, bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Beruf (Pflichtfeld; falls Sie Student sind, bitte angeben)

Agentur/Arbeitgeber

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

In welcher Sprache möchten Sie Ihre Versicherungsunterlagen erhalten?

Deutsch Englisch Französisch

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 26. Geburtstag.

	Angehöriger 1	Angehöriger 2	Angehöriger 3
Verhältnis zum Antragsteller/ Versicherten	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)			
Private E-Mail-Adresse (muss für alle Angehörigen älter als 18 Jahre angegeben werden)			
Heimatland			
Land des Hauptwohnsitzes			
Nationalität			
Aktuelle Versicherungsnummer (falls zutreffend)			

3 Grund des Versicherungsschutzes

Bitte wählen Sie den entsprechenden Grund:

Ruhestand

(Sie gehen innerhalb der nächsten sechs Monate in den geplanten Ruhestand. Sie können Ihren Antrag auf eine Risikoprüfung bis zum Tag vor Ihrem Ruhestand stellen.)

Bitte geben Sie Ihr geplantes Ruhestandsdatum an (TT/MM/JJJJ): / /

Hospi Safe Plus Erweiterung

4 Beginn Ihrer Versicherung

Für Personen im Ruhestand: Wir bestätigen unsere Annahme Ihres Antrags auf Versicherungsschutz durch das Ausstellen Ihres Versicherungsscheins. Ihr Versicherungsschutz gilt ab dem auf Ihrem Versicherungsschein angegebenen Startdatum.

Für Versicherte, die eine Erweiterung auf Hospi Safe Plus durchführen möchten, gilt unsere Annahme Ihres Antrags auf Versicherungsschutz ab dem 1. Januar, wie auf Ihrem Versicherungsschein angegeben.

Bitte beachten Sie, dass wir Ihren Versicherungsschutz nicht zurückdatieren können.

5 Einzelheiten zum Versicherungsschutz

Wählen Sie Ihren Haupttarif aus

Weitere Informationen zu den verschiedenen unten aufgeführten Tarifen finden Sie im Versicherungshandbuch und in der Tariflichen Leistungszusage.

	Hospi Safe Plus Tarif	Hospi Safe Sickness and Accident Tarif
Versicherungsnehmer		
Angehöriger 1		
Angehöriger 2		
Angehöriger 3		

6 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. Ihre Versicherung umfasst Vorerkrankungen, es sei denn, wir teilen Ihnen schriftlich etwas anderes mit.

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.

7 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, 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
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
Wenn 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
Wenn 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

- Hindert Sie Ihr derzeitiger Gesundheitszustand daran, Ihren beruflichen Pflichten nachzukommen? Ja Nein
 - Leiden Sie unter einer Vorerkrankung, wie z. B. einer geistigen, körperlichen oder chronischen Behinderung/Erkrankung von Geburt an oder infolge einer Krankheit, Störung, eines Unfalls oder einer Verletzung? Ja Nein
 - Erhalten Sie aktuell verschriebene Medikamente, Spezialmedikamente, Therapien, Dialyse, Rehabilitation oder künstliche Medizinprodukte? Ja Nein
 - Stehen Sie unter ständiger ärztlicher Aufsicht, Beobachtung oder planen Sie eine ärztliche Untersuchung bei einem Arzt, Spezialisten oder einer Klinik? Ja Nein
 - Haben Sie oder Ihre Angehörigen innerhalb der letzten 10 Jahre Tests / Untersuchungen durchführen lassen, die zu einer Überweisung für ärztlichen Rat, jeder Art von chirurgischem Eingriff, medizinischem Eingriff oder medizinischer Behandlung führten? Ja Nein
- Bitte geben Sie keine Ergebnisse von genetischen (DNA- oder RNA) Tests an, da diese für die medizinische Risikoprüfung nicht erforderlich sind.**
- Haben Sie in den letzten zwei Jahren wiederkehrende oder anhaltende Symptome oder medizinische Beschwerden festgestellt, wie z. B.: Ja Nein
 - Fieber (103°F/ 39,4°C oder höher) und/oder anhaltender Husten
 - Kurzatmigkeit
 - Heiserkeit
 - Starke / anhaltende Kopfschmerzen
 - Leberflecke oder Hautmarkierung, 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
 - Abnormale Blutungen
 - Gelenkschmerzen/StEIFheit
 - Wurde in den letzten 30 Tagen empfohlen, sich selbst zu isolieren oder haben Sie sich dazu entschlossen? Ja Nein
 - Erhalten Sie gegenwärtig oder wurde Ihnen angeraten sich in den nächsten sechs Monaten einer der folgenden Behandlungen zu unterziehen? Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen mit JA oder NEIN. Alle Fragen müssen beantwortet werden.
 - Krankenhausaufenthalt Ja Nein
 - Chirurgischer Eingriff Ja Nein
 - Ambulante Behandlung Ja Nein
 - Zahnbehandlungen Ja Nein
 - Haben Sie jemals eine 100%-ige Erstattung einer Krankheit durch das GKFS erhalten oder sind Sie dabei, eine zu erhalten? Ja Nein
 - Haben Sie weitere Informationen zu Ihrer Krankengeschichte und Ihrem Gesundheitszustand, wie z. B. medizinische Tests, Untersuchungen, Beratungen, chirurgische Eingriffe, Medikamente oder Behandlungen, die Sie erhalten haben, die Sie derzeit erhalten oder die Ihnen empfohlen wurden oder der Sie sich unterziehen und in den vorherigen Fragen noch nicht erwähnt wurde? Ja Nein

Bitte beantworten Sie die Fragen 11 nur, wenn Sie Hospi Safe Plus ausgewählt haben.

- Befindet sich eine der in diesem Formular genannten Personen 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 Angaben, falls Fragen mit Ja beantwortet wurden

Wenn Sie eine oder mehrere der Fragen 1 bis 11 der Gesundheitserklärung mit Ja beantwortet haben, geben Sie in der Tabelle unten bitte weitere Details an. Teilen Sie uns bitte mit, ob eine vollständige Genesung von Ihnen oder Ihrer Angehörigen stattgefunden hat oder ob es nach der ursprünglichen Diagnose zu Beschwerden bzw. einer Erkrankung kam. Fügen Sie bitte, sofern möglich, aktuelle medizinische Berichte/Testergebnisse bereit, die Ihre Angaben unterstützen.

Frage	Name der betroffenen Person	Diagnose, geben Sie bitte (sofern zutreffend) das betroffene Körperteil an (z. B. linker Arm, rechter Fuß oder betroffener Zahn)	Genaues Datum der ersten Symptome	Häufigkeit und Schwere der Symptome	Datum der letzten Symptome	Untersuchungs- ergebnisse, Bluttests oder Messungen (Bitte fügen Sie Informationen zu Datum, Ergebnisse und Diagnose hinzu)	Frühere/ Aktuelle Behandlungen (Bitte geben Sie Namen, Dosierung und Häufigkeit der Einnahme von Medikamenten an sowie wann die Behandlung begann, wie oft sie erforderlich war und wann sie endete)	Aktueller Status (z. B. anhaltend, irgendwelche Komplikationen, vollständige Genesung, Rückfall, 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.

Sollte in der Tabelle oben nicht ausreichend Platz zur Verfügung stehen, 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.

8 Erklärung

Bitte 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 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 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.
- Meine persönlichen Daten und alle medizinischen Daten, die sich von Fall zu Fall auf mich oder meine Angehörigen beziehen, können ausschließlich zum Zweck der Vertragserfüllung und -verwaltung verwendet werden. Wenn die bereitgestellten Informationen unvollständig sind, Zweifel aufkommen lassen oder der Versicherer seine Verpflichtung zur Zahlung des Anspruchs nicht gründlich untersuchen kann, ist der beratende medizinische Experte des Versicherers berechtigt, Daten von den Gesundheitsbehörden oder Ärzten gemäß den Geschäftsbedingungen anzufordern, wie in der Datenschutzerklärung erklärt.
- 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 weiterzugeben. Diese Erklärung gebe ich auch für meine Angehörigen ab, die jünger als 18 Jahre alt 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.
 - 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.

9 Ernennung des Versicherungsnehmers

Dieser Abschnitt muss vom Antragsteller und von allen Angehörigen ausgefüllt werden, die den Versicherungsnehmer/Hauptversicherten 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.

10 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.

11 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 persönliche 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 0800 70 528 (gebührenfrei aus Belgien) oder +353 1 630 1302 (außerhalb Belgiens) 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

12 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 das selbe 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.

13 Marketing Präferenzen

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 seiner neuesten Angebote und neuer 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 über wie folgt zugesandt werden:

E-Mail			
App Benachrichtigungen			
Telefon			
Post			

14 Zustimmungen

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

8. Erklärung**

9. Ernennung des Versicherungsnehmers

10. Ernennung eines Vermittlers (sofern zutreffend)

11. Ihre persönlichen Daten**

12. Einverständniserklärung zur Erfassung und Verarbeitung von Daten**

13. Marketing-Präferenzen

Name des Vermittlers:

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)

Datum (TT/MM/JJJJ)

Datum (TT/MM/JJJJ)

Datum (TT/MM/JJJJ)

/

/

/

/

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

15 Zahlungsangaben

Bitte zahlen Sie Ihre Versicherungsbeiträge erst, nachdem Sie von uns eine Versicherungsnummer erhalten haben.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Versicherungsbeiträge nur in Euro gezahlt werden können.

Zahlungsmethode und Zahlungsfrequenz

Bitte wählen Sie die von Ihnen gewünschte Zahlungsmethode und Zahlungsfrequenz:

	Jährlich	Vierteljährlich*
Lastschriftinzugsverfahren**		
Karte		

* Eine vierteljährliche Zahlung ist nur bei Hospi Safe Plus möglich.
** Falls Sie per Lastschriftinzugsverfahren bezahlen möchten, füllen Sie bitte die entsprechende Einzugsermächtigung aus und reichen Sie diese bei uns ein:
www.allianzcare.com/de/group-hub/hospisafe.html

Bitte beachten Sie, dass Sie die Option für die monatliche Zahlung auswählen müssen, wenn Sie im Rahmen eines Gruppentarifs versichert sind und per Lastschrift bezahlen möchten.

Zahlung per 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

Kartenummer Gültig bis (MM/JJ) / /

CVV Code

*VISA, MasterCard, Discover and 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.

Karten-Vollmacht

Ich ermächtige Allianz, die Beitragszahlung für meinen Krankenversicherungsschutz 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 hinzufüge. Diese Vollmacht ist solange 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 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 0800 70 528 (gebührenfrei aus Belgien) oder +353 1 630 1302 (außerhalb Belgiens).

 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.

Der Versicherer und Verwalter Ihrer Versicherung ist die AWP Health & Life SA, eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht, mit einem Kapital von € 95.551.314 und mit Sitz in: 7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 401 154 679 RCS Bobigny. USt-IdNr: FR 84 401 154 679.