

# Antragsformular

Sie können Ihren Antrag auf unsere **internationalen Krankenversicherungstarife** auch online auf stellen: [www.allianzcare.com](http://www.allianzcare.com)

**Beachten Sie vor dem Ausfüllen bitte:**

- Sie müssen dieses Antragsformular vollständig ausfüllen und uns alle relevanten Informationen mitteilen.
- Wenn Sie lieber eine Papierversion dieses Formulars ausfüllen möchten, **FÜLLEN SIE DIESES FORMULAR BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUS.**
- 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.
- Der Versicherungsnehmer muss Abschnitt 7 unterschreiben.
- Alle erwachsenen Antragsteller müssen die Abschnitte 8 und 11 unterschreiben. Gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) können wir Ihren Antrag ohne diese Unterschriften nicht bearbeiten. Ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter sollte diese Abschnitte für jede versicherte Person unter 18 Jahren ausfüllen.
- Abschnitt 9 muss von allen erwachsenen Angehörigen unterschrieben werden, die einen Vermittler als Hauptansprechpartner dieser Police benennen möchten.

**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 im Jahr leben/leben werden.

**Bitte wählen Sie Ihre Versicherungsbedingungen aus, indem Sie unten das entsprechende Kästchen ankreuzen:**

- Moratoriumsbedingungen\*
- Bedingungen der vollständigen medizinischen Risikoprüfung\*\*

**\* Moratoriumsbedingungen**

Ein Moratorium ist eine Wartezeit von 24 Monaten, entweder ab Ihrem Versicherungsbeginndatum oder dem Datum, das im Abschnitt „Sondereinbarungen“ Ihres Versicherungsscheins angegeben ist. Diese muss verstrichen sein, bevor Versicherte Anspruch auf bereits bestehende Erkrankungen im Rahmen des Tarifs haben können. Dazu gehört auch der versicherungstechnische Begriff CPME/CTT vormals MORI. Sobald der (ununterbrochene) Zeitraum von 24 Monaten nach Ihrem Versicherungsbeginndatum verstrichen ist, können bereits bestehende Erkrankungen mitversichert sein, vorausgesetzt, Sie hatten keine Symptome, benötigten oder erhielten keine Behandlung, Medikamente, eine spezielle Diät oder Beratung oder hatten anderen Anzeichen für die Erkrankung.

**\*\* Bedingungen der vollständigen medizinischen Risikoprüfung**

Die vollständige medizinische Risikoprüfung ist die Beurteilung des Versicherungsrisikos auf der Grundlage der Informationen, die Sie uns bei Antrag auf Ihren Versicherungsschutz bereitgestellt haben. Unser Risikoprüfungsteam verwendet diese Informationen, um die Bedingungen für Ihren Versicherungsschutz festzulegen.

**Wenn Sie eine Police mit Moratorium beantragen, gilt der folgende Abschnitt nicht für Sie und Sie können zum nächsten Teil übergehen.**

**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:

## 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 Care 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 diese Recht in Anspruch nehmen möchten, wenden Sie sich bitte per E-Mail an [underwriting@e.allianz.com](mailto:underwriting@e.allianz.com)

### Die nächsten Schritte:

1. Sobald Sie uns Ihren Antrag geschickt haben, überprüft unser Risikoprüfungsteam alle Einzelheiten.
2. 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.
3. Wenn sich eine Person, die Versicherungsschutz beantragt, einer zahnärztlichen Behandlung unterzieht, stellen Sie bitte sicher, dass ein zahnärztlicher Fragebogen ausgefüllt ist. Dieser kann von unserer Website heruntergeladen werden: <https://www.allianzcare.com/de/internationale-krankenversicherungen-fuer-privatkunden/antragsformular.html>

## 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, wenn sie eine Police mit vollständiger medizinischer Risikoprüfung beantragen, oder bis zum Tag vor ihrem 65. Geburtstag, wenn sie eine Police mit Moratorium beantragen.

Herr  Frau

Vorname

Nachname

Geburtsdatum   /   /     Geschlecht bei der Geburt: Männlich  Weiblich

Heimatland

Nationalität

Land des Hauptwohnsitzes

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

Vollständige Adresse im Land des Hauptwohnsitzes (Pflichtfeld)

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 Antragsteller bis zu dem Tag vor ihrem 76. Geburtstag für Versicherungsschutz berücksichtigen, wenn sie eine Police mit vollständiger medizinischer Risikoprüfung beantragen, oder bis zum Tag vor ihrem 65. Geburtstag, wenn sie eine Police mit Moratorium beantragen.

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/Versicherten	Ehepartner/Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>	Ehepartner/Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>	Ehepartner/Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>
Vorname			
Nachname			
Geburtsdatum	<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"/>
Geschlecht bei der Geburt	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>
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?   /   /

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

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 Ihren Haupttarif aus

	Care Pro	Care Plus	Care
Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wenn Sie Care auswählen, gelten dieser Haupttarif und alle optionalen Tarife, die Sie auswählen, für alle Personen in Ihrem Versicherungsvertrag.
Wenn Sie Care Pro oder Care Plus auswählen, können Sie entweder den gleichen Haupttarif für alle Angehörigen (sofern zutreffend) auswählen, oder Sie können für jede angehörige Person zwischen Care Pro oder Care Plus auswählen:			
Angehöriger 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angehöriger 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angehöriger 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



## Eigenanteil am Ambulanttarif

Sie können entweder eine Selbstbeteiligung am Haupttarif ODER einen Eigenanteil am Ambulanttarif wählen. Ein Eigenanteil 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.

Optionaler Eigenanteil am Ambulanttarif		Beitragsnachlass
Kein Eigenanteil	<input type="checkbox"/>	0% Beitragsnachlass
10% Eigenanteil, max. 1.255£ / 1.480€ / 2.000US\$ / CHF1.925	<input type="checkbox"/>	12% Beitragsnachlass
20% Eigenanteil, max. 2.461£ / 2.962€ / 4.000US\$ / CHF3.861	<input type="checkbox"/>	24% Beitragsnachlass
30% Eigenanteil, max. 3.076£ / 3.705€ / 5.000US\$ / CHF4.815	<input type="checkbox"/>	35% Beitragsnachlass

## 5 Vorerkrankungen

### Wenn Sie eine Police mit vollständiger medizinischer Risikoprüfung beantragen:

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 solche Vorerkrankung besteht, wenn wir davon ausgehen, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hatten. Ihre Versicherung umfasst Vorerkrankungen, es sei denn, wir teilen Ihnen schriftlich etwas anderes mit.

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

Vorerkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden nicht mitversichert, sollten sie nicht angegeben worden sein. **Daher ist es notwendig, dass Sie uns im oben genannten Zeitraum über jegliche Änderung Ihres Gesundheitszustandes, der Ihrer Angehörigen oder über jegliche wesentliche Fakten informieren. Sie sind verpflichtet, uns auf Anfrage weitere erforderliche Informationen zur Verfügung zu stellen (Fakten, die unsere Bewertung und Annahme dieses Antrags beeinflussen).** Darüber hinaus müssen Sie auf Anfrage weitere Informationen bereitstellen.

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.

### Wenn Sie eine Police mit Moratorium beantragen:

Da Sie eine Police mit Moratorium beantragen, möchten wir die Bedingungen, die für diesen Versicherungsschutz gelten, noch einmal erläutern. Bitte lesen Sie die folgende Erklärung aufmerksam durch. Die allgemeinen Bedingungen und weitere Details zum Thema finden Sie in Ihrem Versicherungshandbuch.

Ein Moratorium ist eine Wartezeit von 24 Monaten, entweder ab Ihrem Versicherungsbeginndatum oder dem Datum, das im Abschnitt „Sondereinbarungen“ Ihres Versicherungsscheins angegeben ist. Diese muss verstrichen sein, bevor Versicherte Anspruch auf bereits bestehende Erkrankungen im Rahmen des Tarifs haben 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 hat sich deutlich gezeigt.
- Sie hatten Anzeichen oder Symptome der Erkrankung.
- Sie haben wegen der Erkrankung um Rat gefragt.
- Sie wurden wegen der Erkrankung behandelt.
- 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, vorausgesetzt, Sie hatten keine Symptome, benötigten oder erhielten keine Behandlung, Medikamente, eine spezielle Diät oder Beratung oder hatten anderen Anzeichen für die Erkrankung.

## 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, 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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Gewicht	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Bitte beachten Sie: Nur wenn Sie eine Police mit Moratorium beantragen, können Sie den Rest des Abschnitts 6 überspringen und können jetzt zu Abschnitt 7 übergehen.				
Haben Sie im vergangenen Jahr Tabakprodukte konsumiert?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
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, Ez-Zigaretten: 10 mg Nikotin = 1 Einheit. Falls Sie nichts konsumieren, geben Sie „Nein“ an.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Tag
Konsumieren Sie Alkohol?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
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 zu sich nehmen, geben Sie bitte „Nein“ an.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Woche	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Woche	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /Woche	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /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 Kreislaufkrankungen**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, Gefäßkrankheit, Herzrhythmusstörungen, Herzgeräusche, Brustschmerzen, Blutgerinnsel, Blutkrankheiten, abnormaler Blutdruck oder erhöhte Cholesterinwerte usw. Ja  Nein
- b) **Jegliche dermatologische Erkrankungen**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Schuppenflechte (Psoriasis), Dermatitis, Hautausschläge, Allergien oder Akne usw. Ja  Nein
- c) **Jegliche endokrine Erkrankungen**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Diabetes, Pankreatitis, Gewichtsprobleme, Gicht oder Schilddrüsenprobleme oder andere hormonelle Ungleichgewichte usw. 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, Myopie mit Werten über -6, usw. 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 usw. 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 usw. 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, Karpaltunnelsyndrom usw. 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 usw. Ja  Nein
- i) **Jegliche onkologische Erkrankungen**, wie z. B. (jedoch nicht beschränkt darauf) Krebs, Leukämie, Lymphomata, Tumor, Hautwunden, Knoten, Zysten, Leberflecken, Polypen, Nävus oder Muttermale usw. 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, Alkohol- und Drogenprobleme usw. 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, Allergien usw. 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 usw. 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. Ja  Nein
- Bitte geben Sie keine Ergebnisse von genetischen (DNA oder RNA) Tests an, da diese für die medizinische Risikoprüfung nicht erforderlich sind.
- 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




## 7 Erklärung

Lesen Sie die folgenden Erklärungen bitte sorgfältig durch und unterschreiben Sie sie nur, wenn Sie sie verstehen und akzeptieren:

- 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 wesentlich wichtige medizinische Angaben verschweige.
- Ich verpflichte mich, bei Beantragung einer Police mit vollständiger medizinischer Risikoprüfung, Allianz Care 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 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.
- 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.
- Ich bestätige:
  - Ich habe alle Definitionen, Leistungen, Ausschlüsse und Bedingungen dieses Versicherungsvertrags gelesen und verstanden, einschließlich der Details in Bezug auf Vorerkrankungen (und den Moratoriumsbedingungen bei der Beantragung einer Police mit Moratorium).
  - Ich habe das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten erhalten, gelesen und verstanden und ich akzeptiere die Versicherungsbedingungen, die in diesem Dokument zusammengefasst sind und im Versicherungshandbuch ausführlicher beschrieben werden.
  - 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 Leistungsansprüche in der Zwischenzeit geltend gemacht.
- Ich akzeptiere, dass:
  - Ich nach Erhalt des Versicherungsscheins den Inhalt in Bezug auf die Richtigkeit der enthaltenen Informationen prüfe. Wenn der Inhalt des Versicherungsscheins von dem Inhalt dieses Antrags abweicht, gilt der Vertrag als geschlossen, wenn ich nicht innerhalb von 30 Tagen nach dem Ausstellungsdatum des Versicherungsscheins widerrufe.
  - Der Versicherungsvertrag den allgemeinen Versicherungsbedingungen unterliegt, die zum Zeitpunkt des Verlängerungsdatums gelten und im Versicherungshandbuch enthalten sind.
  - Der Versicherungsschutz von Allianz Care 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 (wie z. B. in der Schweiz).
  - 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.

Als Antragsteller unterschreibe und datiere ich diese Erklärung und dieses Antragsformular im Namen aller in diesem Antrag aufgeführten Personen.

 Unterschrift des Antragstellers \_\_\_\_\_

Name des Antragstellers in Druckbuchstaben

Datum

## 8 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. Um dies zu tun, unterschreiben Sie unten bitte.


Ich ermächtige hiermit

NAME DES VERSICHERUNGSNEHMERS

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 ersten Angehörigen

 Unterschrift des zweiten Angehörigen

 Unterschrift des dritten Angehörigen




## 9 Ernennung eines Vermittlers

Ich ermächtige hiermit


NAME DES VERMITTLERS

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


T T / M M / J J J J

 Unterschrift des ersten Angehörigen

T T / M M / J J J J

 Unterschrift des zweiten Angehörigen

T T / M M / J J J J

 Unterschrift des dritten Angehörigen

T T / M M / J J J J

## 10 Ihre persönlichen Daten

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 auf: [www.allianzcare.com/de/datenschutz.html](http://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: [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto: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 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 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 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](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com) informieren.**

 Unterschrift des Antragstellers


T T / M M / J J J J

 Unterschrift des ersten Angehörigen

T T / M M / J J J J

 Unterschrift des zweiten Angehörigen

T T / M M / J J J J

 Unterschrift des dritten Angehörigen

T T / M M / J J J J

## 12 Marketingpräferenzen

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 durch Ankreuzen der Kästchen zugestimmt habe:

Name des Antragstellers	Name des ersten Angehörigen	Name des zweiten Angehörigen	Name des dritten Angehörigen

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"/>

## 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	<input type="checkbox"/>
Pfund Sterling (GBP)	<input type="checkbox"/>
Schweizer Franken (CHF)	<input type="checkbox"/>
US-Dollar	<input type="checkbox"/>

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreditkarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banküberweisung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nicht zutreffend

\*Falls Sie per Lastschriftinzugsverfahren bezahlen möchten, füllen Sie bitte die entsprechende Einzugsermächtigung aus und reichen Sie diese bei uns ein: <https://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.

## Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular:

@ Email: [underwriting@e.allianz.com](mailto:underwriting@e.allianz.com)


🏠 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](https://www.facebook.com/AllianzCare)

 [www.linkedin.com/company/allianz-care](https://www.linkedin.com/company/allianz-care)

 [www.youtube.com/c/allianzcare](https://www.youtube.com/c/allianzcare)

 [www.instagram.com/allianzcare/](https://www.instagram.com/allianzcare/)

 [x.com/AllianzCare](https://x.com/AllianzCare)

 [www.tiktok.com/@allianzcare](https://www.tiktok.com/@allianzcare)