

# Antragsformular

## Für Policen mit Moratorium

Wenn Sie lieber eine gedruckte Version dieses Formulars einsenden möchten, **FÜLLEN SIE DIESES FORMULAR BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUS.**

### Beachten Sie vor dem Ausfüllen bitte:

1. Sie müssen dieses Antragsformular vollständig ausfüllen und uns alle relevanten Informationen mitteilen.
2. Der Versicherungsnehmer muss Abschnitt 5 unterschreiben.
3. Alle erwachsenen Antragsteller müssen Abschnitt 9 unterschreiben. Gemäß der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) können wir Ihren Antrag ohne diese Unterschriften nicht bearbeiten. Ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter sollte diesen Abschnitt für jede versicherte Person unter 18 Jahren ausfüllen.
4. Abschnitte 6 und 7 müssen von allen erwachsenen Angehörigen unterschrieben werden, die den Versicherungsnehmer oder 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.

**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:

## 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.

Herr  Frau  Vorname

Nachname

Geburtsdatum  /  /  Geschlecht: Männlich  Weiblich

Heimatland

Nationalität

Land des Hauptwohnsitzes

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. 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   | 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<br>(Pflichtfeld, falls Student, bitte angeben)         |   |   |   |
| E-Mail-Adresse<br>(Pflichtfeld für Angehörige über 18 Jahre) |   |   |   |
| Heimatland   |   |   |   |
| Land des Hauptwohnsitzes                                     |   |   |   |
| Nationalität   |   |   |   |

### Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Name des aktuellen Versicherers<br>(falls zutreffend) |  |  |  |
| Aktuelle Versicherungsnummer<br>(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 Moratorium und Vorerkrankungen – Bedingungen

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, oder
- 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 den medizinischen Zustand/die Erkrankung.

## 5 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 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.
- 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 Wartezeiten.
  - Ich akzeptiere die in meinem Versicherungshandbuch näher erläuterten Bedingungen.
  - 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, E-Mail oder Fax) 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  /  /

## 6 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

/  /

## 7 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 J

 Unterschrift des ersten Angehörigen

T T / M M / J J J J J

 Unterschrift des zweiten Angehörigen

T T / M M / J J J J J

 Unterschrift des dritten Angehörigen

T T / M M / J J J J J

## 8 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 bitte 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)

## 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 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 J

 Unterschrift des ersten Angehörigen

T T / M M / J J J J J

 Unterschrift des zweiten Angehörigen

T T / M M / J J J J J

 Unterschrift des dritten Angehörigen

T T / M M / J J J J J

## 10 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"/> |

## 11 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 | <input type="checkbox"/> |
| US-Dollar      | <input type="checkbox"/> |

Eine Zahlung per Lastschriftinzugsverfahren ist für Zahlungen von EU-Konten in Euro 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*<br>(für Zahlungen von EU-Konten in Euro) | Nicht zutreffend         | Nicht zutreffend         | Nicht zutreffend         | <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: [www.allianzcare.com/de/internationale-krankensversicherungen-fuer-privatkunden/antragsformular.html](http://www.allianzcare.com/de/internationale-krankensversicherungen-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 Care, 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 mitversichere. Diese Vollmacht ist so lange gültig, bis ich sie schriftlich bei Allianz Care widerrufe. Eine jährliche Beitragserhöhung wird mir einen Monat vorher mitgeteilt.

 Unterschrift des Karteninhabers \_\_\_\_\_ Datum  /  /

## Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular per:

-  E-Mail: [underwriting@e.allianz.com](mailto:underwriting@e.allianz.com)
-  Fax: +353 1 629 7117
-  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/](http://www.facebook.com/AllianzCare/)
-  [www.linkedin.com/company/allianz-care](http://www.linkedin.com/company/allianz-care)
-  [www.youtube.com/c/allianzcare](http://www.youtube.com/c/allianzcare)
-  [www.instagram.com/allianzcare/](http://www.instagram.com/allianzcare/)
-  [twitter.com/AllianzCare](http://twitter.com/AllianzCare)