

Gesundheitserklärungsformular für Gruppenversicherte

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 4 unterschreiben.
3. Alle erwachsenen Antragsteller müssen Abschnitt 7 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.

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 (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 Ihre Gesundheit

- a) Hatten Sie oder einer Ihrer Angehörigen in der Vergangenheit jemals eine Krebserkrankung (einschließlich gutartiger Hirntumore), ein Herzleiden oder einen Schlaganfall, einen Gelenkersatz, eine psychiatrische oder psychologische Erkrankung? Ja Nein
- b) Hatten Sie oder einer Ihrer Angehörigen in den letzten 12 Monaten Anzeichen oder Symptome, die den Besuch eines Arztes erforderlich machten, oder warten Sie oder einer Ihrer Angehörigen auf eine Kontrolle, Behandlung oder Untersuchung wegen eines aktuellen oder früheren medizinischen Problems? Ja Nein
- c) Leiden Sie oder einer Ihrer Angehörigen an einer langfristigen, andauernden oder chronischen Krankheit, für die Sie regelmäßig medizinische Termine wahrnehmen müssen oder für die Sie Untersuchungen oder Behandlungen benötigen? Ja Nein
- d) Falls die Versicherung einen Mutterschaftstarif umfasst: Sind Sie oder eine Ihrer Angehörigen derzeit schwanger? Ja Nein
- e) Hatten Sie oder einer Ihrer Angehörigen in den letzten zwei Jahren andere gesundheitliche Probleme oder Anliegen, die nicht in den Fragen a) bis d) behandelt werden? Ja Nein

Zusätzliche Informationen für Fragen, die mit „Ja“ beantwortet wurden

Wenn Sie eine oder mehrere der Fragen von a) bis e) oben 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 Ihren 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 bei, die Ihre Angaben unterstützen.

Name der betroffenen Person und Frage, auf die Bezug genommen wird	Gewicht und Größe der Person	Raucht diese Person?	Symptome und/oder Erkrankung, einschließlich des Datums, an dem sie aufgetreten sind	Welche Behandlung, Medikamente oder spezielle Diät haben Sie erhalten? Bitte geben Sie Daten an und spezifizieren Sie Namen und Dosierungen der Medikamente.	Welche Nachuntersuchungen, medizinischen Untersuchungen, diagnostischen Tests oder Verfahren sind erforderlich oder wurden empfohlen?	Leiden Sie nach wie vor unter der Erkrankung oder den Symptomen?	An welchem Datum haben Sie das letzte Mal einen Arzt wegen dieser Erkrankung oder den Symptomen aufgesucht?
Name: Frage:	<input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="text"/> <input type="text"/> cm	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<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"/>

Name der betroffenen Person und Frage, auf die Bezug genommen wird	Gewicht und Größe der Person	Raucht diese Person?	Symptome und/oder Erkrankung, einschließlich des Datums, an dem sie aufgetreten sind	Welche Behandlung, Medikamente oder spezielle Diät haben Sie erhalten? Bitte geben Sie Daten an und spezifizieren Sie Namen und Dosierungen der Medikamente.	Welche Nachuntersuchungen, medizinischen Untersuchungen, diagnostischen Tests oder Verfahren sind erforderlich oder wurden empfohlen?	Leiden Sie nach wie vor unter der Erkrankung oder den Symptomen?	An welchem Datum haben Sie das letzte Mal einen Arzt wegen dieser Erkrankung oder den Symptomen aufgesucht?
Name: _____ Frage: _____	<input type="text"/> kg <input type="text"/> cm	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Name: _____ Frage: _____	<input type="text"/> kg <input type="text"/> cm	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Name: _____ Frage: _____	<input type="text"/> kg <input type="text"/> cm	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Sollte in der Tabelle oben nicht ausreichend Platz zur Verfügung stehen, verwenden Sie bitte eine weitere Kopie dieses Formulars.

4 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.
- 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 bewusst, dass dieses Antragsformular für zwei Monate gültig ist, nachdem es vollständig ausgefüllt und unterschrieben wurde.
- 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 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 / /

5 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

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

6 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

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

7 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 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

8 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"/>

Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular:

 E-Mail: 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/

 www.linkedin.com/company/allianz-care

 www.youtube.com/c/allianzcare

 www.instagram.com/allianzcare/

 twitter.com/AllianzCare