Internationale Krankenversicherungstarife

Antragsformular

Bitte beachten Sie, dass Sie einen **Antrag** auf unsere **internationalen Krankenversicherungstarife für Privatkunden** auch **online auf www.allianzworldwidecare.com** stellen können. Andernfalls füllen Sie dieses Formular bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** aus.

Allianz
Allianz Worldwide Care

Falls Sie einen Angehörigen hinzufügen möchten, geben Sie bitte Ihre bestehende Versicherungsnummer an: _____

1 Angaben zum Antragsteller

Bitte geben Sie die Details aller im Rahmen des Versicherungsvertrags zu versichernden Personen, einschließlich des Hauptversicherten und sämtlicher Angehöriger, an. Als Angehörige gelten der Ehepartner oder Partner und sämtliche Kinder, die finanziell vom Hauptversicherten abhängig sind, bis zu dem Tag vor ihrem 18. Geburtstag, oder bis zu dem Tag vor ihrem 24. Geburtstag, wenn sie sich in einer Vollzeitausbildung befinden. Sollte das Kind älter als 18 Jahre alt sein, muss uns der Studentenstatus von der akademischen Institution bestätigt oder uns eine Kopie des gültigen Studentenausweises vorgelegt werden. Wir können Antragsteller nur bis zu dem Tag vor ihrem 70. Geburtstag für Versicherungsschutz berücksichtigen.

Hauptversicherter

Es ist wichtig, dass Sie uns über jegliche Änderung Ihrer Kontaktdaten informieren, damit wir sicherstellen können, dass Sie sämtliche Korrespondenz erreicht.

Herr ☐ Frau ☐ Titel _____ Vorname _____

Weitere Initialen _____ Nachname _____

Geburtsdatum t t m m j j Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐

Korrespondenzanschrift
(dort wo Sie die meiste Zeit während der Versicherungszeit zu Hause sind/sein werden)

Telefon (privat) LÄNDERVORWAHL – ORTSVORWAHL –

Telefon (geschäftlich) LÄNDERVORWAHL – ORTSVORWAHL –

Telefon (mobil) LÄNDERVORWAHL – NETZVORWAHL –

Fax LÄNDERVORWAHL – ORTSVORWAHL –

E-Mail-Adresse (Pflichtangabe)

Beruf

Heimatland
(Das Land, für das Sie über einen gültigen Pass verfügen und/oder in das Sie medizinisch rücktransportiert werden würden.)

Aufenthaltsland
(Das Land, in dem Sie während Ihrer Versicherungszeit die meiste Zeit verbringen/verbringen werden.)

Nationalität

In welcher Sprache sollen wir die Versicherungsunterlagen an Sie schicken? Deutsch ☐ Englisch ☐ Französisch ☐ Spanisch ☐ Italienisch ☐

Ansprechpartner für den Fall, dass dem Hauptversicherten etwas passieren sollte

Name

Adresse

Telefon (privat) LÄNDERVORWAHL – ORTSVORWAHL –

Telefon (mobil) LÄNDERVORWAHL – NETZVORWAHL –

E-Mail-Adresse

Bitte kreuzen Sie das folgende Kästchen an, wenn die oben genannte Person auch der von Ihnen ernannte **Begünstigte im Todesfall durch einen Unfall** ist (nur zutreffend für den **Premier/Premier Individual Haupttarif**) ☐

Falls nicht, ernennen Sie bitte den/die Begünstigten, indem Sie dessen/deren vollen Namen und das Verhältnis angeben, in dem diese Person(en) zu Ihnen steht/stehen (z. B. Ehepartner, Kind, Elternteil etc.).

Fortsetzung auf der nächsten Seite.

Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer Beginndatum t t m m j j

Die folgenden Einzelheiten müssen nur angegeben werden, ***wenn Sie in einen bereits existierenden Gruppenvertrag aufgenommen werden möchten.***

Name der Gruppe

Nummer der Gruppe

Angehöriger 1

Herr ☐ Frau ☐ Titel Vorname

Nachname

Geburtsdatum t t m m j j Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐

Verhältnis zum Hauptversicherten: Ehegatte/Partner ☐ Kind ☐ Beruf

Heimatland

(Das Land, für das Sie über einen gültigen Pass verfügen und/oder in das Sie medizinisch rücktransportiert werden würden.)

Aufenthaltsland

(Das Land, in dem Sie während Ihrer Versicherungszeit die meiste Zeit verbringen/verbringen werden.)

Nationalität

Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer Beginndatum t t m m j j

Angehöriger 2

Herr ☐ Frau ☐ Titel Vorname

Nachname

Geburtsdatum t t m m j j Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐

Verhältnis zum Hauptversicherten: Ehegatte/Partner ☐ Kind ☐ Beruf

Heimatland

(Das Land, für das Sie über einen gültigen Pass verfügen und/oder in das Sie medizinisch rücktransportiert werden würden.)

Aufenthaltsland

(Das Land, in dem Sie während Ihrer Versicherungszeit die meiste Zeit verbringen/verbringen werden.)

Nationalität

Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer Beginndatum t t m m j j

Angehöriger 3

Herr ☐ Frau ☐ Titel Vorname

Nachname

Geburtsdatum t t m m j j Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐

Verhältnis zum Hauptversicherten: Ehegatte/Partner ☐ Kind ☐ Beruf

Heimatland

(Das Land, für das Sie über einen gültigen Pass verfügen und/oder in das Sie medizinisch rücktransportiert werden würden.)

Aufenthaltsland

(Das Land, in dem Sie während Ihrer Versicherungszeit die meiste Zeit verbringen/verbringen werden.)

Nationalität

Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer Beginndatum t t m m j j

Angehöriger 4

Herr ☐ Frau ☐ Titel Vorname

Nachname

Geburtsdatum t t m m j j Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐

Verhältnis zum Hauptversicherten: Ehegatte/Partner ☐ Kind ☐ Beruf

Heimatland

(Das Land, für das Sie über einen gültigen Pass verfügen und/oder in das Sie medizinisch rücktransportiert werden würden.)

Aufenthaltsland

(Das Land, in dem Sie während Ihrer Versicherungszeit die meiste Zeit verbringen/verbringen werden.)

Nationalität

Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer Beginndatum t t m m j j

Falls der Platz nicht für die Erfassung aller Angehörigen ausreicht, benutzen Sie bitte ein weiteres Antragsformular.

2 Versicherungsbeginn

Bitte geben Sie das Datum an, an dem Ihr Versicherungsschutz beginnen soll: t t | m m | j j

Der Versicherungsschutz besteht erst, wenn wir Ihren Antrag angenommen haben. Die Annahme erfolgt durch die Ausgabe des Versicherungsscheins.

3 Versicherungsschutz

(Dieser Abschnitt muss nicht ausgefüllt werden, wenn Sie sich innerhalb eines Gruppenvertrags anmelden.)

Internationale Krankenversicherungstarife

Bitte kreuzen Sie die von Ihnen gewünschten Tarife sowie eine optionale Selbstbeteiligung an ☑:

Haupttarif	Ambulanttarif	Optionale Selbstbeteiligung am Ambulanttarif	Mutterschaftstarif	Zahntarif	Rücktransporttarif
Premier Individual ☐	Gold Individual ☐	0 ☐	Premier Maternity ☐	Dental 1 ☐	Rücktransporttarif ☐
Club Individual ☐	Silver Individual ☐	100 €/75 £/150 CHF/140 $ ☐	Club Maternity ☐	Dental 2 ☐	
Classic Individual ☐	Bronze Individual ☐	200 €/150 £/300 CHF/280 $ ☐			
Essential Individual ☐	Crystal Individual ☐				

Ambulanttarife, Zahntarife und der Rücktransporttarif können nur zusammen mit einem der Haupttarife abgeschlossen werden. Der Zahntarif „Dental 1" kann nur in Kombination mit dem Haupttarif „Premier Individual" sowie dem Ambulanttarif „Gold Individual" gewählt werden.

Der Mutterschaftstarif „Premier Maternity" kann nur in Kombination mit dem Haupttarif „Premier Individual" abgeschlossen werden. Der Mutterschaftstarif „Club Maternity" kann nur in Kombination mit dem Haupttarif „Club Individual" abgeschlossen werden. Bitte beachten Sie, dass falls ein Mutterschaftstarif gewünscht wird, auch ein Ambulanttarif hinzugefügt werden muss. Die Mutterschaftstarife stehen Paaren und Familien zur Verfügung, d. h. ein Ehepartner/Partner muss im Rahmen des Versicherungsvertrags mitversichert sein.

Bitte beachten Sie, dass jeder gewählte Plan dann für alle Mitglieder unter diesem Vertrag gilt.

Die von Ihnen gewählten Tarife können nur bei der Verlängerung Ihres Krankenversicherungsvertrags geändert werden. Wenn Sie den Umfang des Versicherungsschutzes erhöhen möchten, könnten eine medizinische Risikoprüfung und Wartezeiten sowie ein höherer Beitragssatz anfallen.

Falls der von Ihnen gewünschte Tarif nicht oben aufgelistet ist, geben Sie uns bitte Ihren gewünschten Haupttarif sowie alle weiteren Tarife an:

Bitte kreuzen Sie den von Ihnen gewünschten Geltungsbereich an ☑: Weltweit ☐ Weltweit außer den USA ☐ Afrika ☐

4 Beitragszahlung

(Dieser Teil muss nicht ausgefüllt werden, 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.

4.1 Währung

Bitte wählen Sie Ihre gewünschte Vertragswährung ☑:

Euro ☐ Pfund Sterling ☐ Schweizer Franken ☐ US-Dollar ☐

4.2 Zahlungsmethode und Zahlungsfrequenz

Bitte wählen Sie die von Ihnen gewünschte Zahlungsmethode und Zahlungsfrequenz ☑:

	Jährlich	Halbjährlich	Vierteljährlich	Monatlich
Kreditkarte	☐	☐	☐	☐
Scheck	☐	☐	☐	Nicht zutreffend
Banküberweisung	☐	☐	☐	Nicht zutreffend

4.3 Informationen zur Zahlung per Kreditkarte

Wenn Sie per Kreditkarte bezahlen möchten, geben Sie bitte die folgenden Informationen an:

Kreditkarte MasterCard ☐ VISA ☐

Kartennummer _ _ _ _ – _ _ _ _ – _ _ _ _

Gültig bis m m j j

Kreditkarten-Vollmacht

Ich ermächtige Allianz Worldwide 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. Der Versicherungsbeitrag kann sich ändern, wenn ich eine Änderung vornehme, die Einfluss auf die Beitragshöhe hat, z. B. wenn ich dem Versicherungsvertrag einen weiteren Angehörigen hinzufüge. Diese Vollmacht ist solange gültig, bis ich sie schriftlich bei Allianz Worldwide Care widerrufe. Eine jährliche Beitragserhöhung wird mir einen Monat vorher mitgeteilt.

Name des Karteninhabers _

Unterschrift des Karteninhabers _____ Datum t t m m j j

Ratenzahlungszuschläge und Hinweise

Zahlungen unterliegen den folgenden Zuschlägen:
3% für **halbjährliche** Zahlung,
4% für **vierteljährliche** Zahlung und
5% für **monatliche** Zahlung.
Für **jährliche** Zahlung wird **kein Zuschlag** erhoben.

- Unsere Beiträge werden in ganzen Beträgen dargestellt (d. h. ohne Cent- oder Pence-Beträge etc.). Beachten Sie daher bitte, dass die Prozentwerte für Ratenzahlungszuschläge etwas höher oder niedriger sein können als hier angegeben.
- Bei Zahlung per Scheck zahlen Sie bitte den fälligen Betrag an „Allianz Worldwide Care". Bitte schreiben Sie Ihre Versicherungsnummer und den Namen des Versicherungsnehmers auf die Rückseite des Schecks.
- Bei Zahlung per Banküberweisung überweisen Sie bitte den fälligen Betrag mit Bezug auf Ihre Versicherungsnummer und den Namen des Versicherungsnehmers.
- Bitte stellen Sie sicher, dass bei Zahlungen per Scheck oder Banküberweisung die Zahlungen pünktlich eingehen, da es ansonsten zu Verzögerungen bei der Bearbeitung Ihrer Leistungsansprüche kommen kann.
- Für Zahlungen per Kreditkarte akzeptieren wir ausschließlich MasterCard- oder VISA-Karten.
- Allianz Worldwide Care übernimmt keine Haftung für Zahlungen, bei denen der Versicherungsnehmer nicht eindeutig identifizierbar ist.
- Sollten eventuelle Versicherungssteuern oder andere Steuern anfallen, so werden diese in Ihrer Rechnung/dem Schreiben mit Ihren Zahlungsangaben aufgeführt.

5 Vorerkrankungen

Vorerkrankungen sind Krankheiten oder körperliche Gebrechen, für die in den letzten fünf Jahren vor Beginn des Krankenversicherungsvertrags mit Allianz Worldwide Care ein oder mehrere Symptome aufgetreten sind, unabhängig davon, ob Sie eine medizinische Behandlung oder einen ärztlichen Rat erhalten haben. Eine derartige Vorerkrankung bzw. damit verbundene Erkrankung, von der nach angemessenen Maßstäben angenommen werden kann, dass Sie oder Ihre Angehörigen davon Kenntnis hätten haben müssen, wird als Vorerkrankung betrachtet. Vorerkrankungen sind mitversichert, außer es wurde etwas anderes schriftlich durch uns bestätigt. Erkrankungen, die zwischen dem Unterzeichnen des Antragsformulars und der Bestätigung durch unser Risikoprüfungsteam auftreten, werden ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet. Daher ist es notwendig, dass Sie uns über jegliche Änderung der gemachten Angaben zwischen Einreichung des Antragsformulars und dessen Annahme durch Allianz Worldwide Care informieren. Sie sind verpflichtet, uns auf Anfrage weitere erforderliche Informationen zur Verfügung zu stellen.

6 Gesundheitsangaben

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen auf Basis Ihrer gesamten medizinischen Vergangenheit, falls nichts anderes angegeben ist. Alle wesentlichen Fakten (Fakten, die die Bewertung und Annahme dieses Antrags durch den Versicherer beeinflussen) einschließlich derer, die im Zusammenhang mit den nachfolgenden Fragen stehen, müssen angegeben werden. Falsche Angaben oder das Weglassen von Angaben kann zur Ungültigkeit des Vertrags führen. Wenn Sie Zweifel haben, ob ein Fakt wesentlich ist oder nicht, müssen Sie ihn grundsätzlich angeben.

	Hauptversicherter	Angehöriger 1	Angehöriger 2	Angehöriger 3	Angehöriger 4
1. Bitte geben Sie Ihre Größe und Ihr Gewicht an:	cm ____ kg ____	cm ____ kg ____	cm ____ kg ____	cm ____ kg ____	cm ____ kg ____
2. Haben Sie innerhalb der letzten zwölf Monate Tabakprodukte/-stoffe konsumiert?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
Art:	____	____	____	____	____
Täglicher Konsum/Menge:	____	____	____	____	____
3. Wie viele Alkoholeinheiten nehmen Sie pro Woche zu sich? (z. B. 1 Schnaps = 1 Einheit, 250 ml Bier = 1 Einheit, 1 Glas Wein = 1 Einheit)	____	____	____	____	____
4. Leiden Sie im Augenblick an Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, geistigen/körperlichen Gebrechen, seelischen Störungen oder chronischen/Langzeit-Erkrankungen sowie Zahnerkrankungen?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
5. Litten Sie jemals/leiden Sie zurzeit unter, waren im Krankenhaus, oder haben Behandlung und/oder Untersuchungen durchführen müssen aufgrund von:					
a) Rheuma, Gicht, Arthritis, Erkrankungen der Muskeln und/oder der Gelenke einschließlich des Rückens?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
b) Epilepsie oder anderen neurologischen Störungen?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
c) Jeglicher Art von Verdauungsstörungen einschließlich Magen- und/oder Darmproblemen?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
d) Angstzuständen, Depressionen oder anderen psychiatrischen bzw. Geisteskrankheiten?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
e) Gynäkologischen Störungen oder Fruchtbarkeit?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
f) Jeglicher Störung der Nieren, Blase oder Leber/ Pankreas einschließlich Diabetes?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
g) Jeglicher Art von Knoten, Zysten, Muttermalen oder Krebs?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
h) Jeglicher Art von Augen-, Ohr-, Nasen- oder Hauterkrankung?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
i) Jeglicher Art von Herzerkrankung, Schlaganfall oder erhöhtem Blutdruck/Cholesterin?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
j) Asthma, chronischer Bronchitis oder anderen Atemwegserkrankungen?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
k) Jeglicher anderer Erkrankung oder Verletzung, die medizinische Aufmerksamkeit beansprucht (mit Ausnahme von Schnupfen oder Grippe)?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
6. Mussten Sie jemals einen Arzt aufgrund wiederkehrender Beschwerden aufsuchen bzw. ist Ihnen zu noch vorzunehmenden diagnostischen Untersuchungen oder Behandlungen geraten worden bzw. stehen noch Untersuchungsergebnisse aus?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
7. Wurden Sie jemals positiv auf HIV, Hepatitis B oder Hepatitis C getestet?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
Warten Sie zurzeit auf Ergebnisse eines solchen Tests?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
Falls das Ergebnis negativ ist, hat die Tatsache, dass Sie einen HIV-Test haben durchführen lassen, keinerlei Einfluss auf die Bedingungen, denen Ihr Versicherungsschutz bei Annahme unterliegt.					
8. Litten Sie jemals unter oder waren Sie jemals in einem Krankenhaus aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls, wobei Sie:					
a) Für länger als 14 Tage behandelt wurden?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
b) Für länger als eine Woche krankgeschrieben waren?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
c) Eine spezifische medizinische Behandlung bekommen haben?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐

9. Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, geben Sie bitte den voraussichtlichen Entbindungstermin an:	Ja ☐ Nein ☐ tt /mm/ jj	Ja ☐ Nein ☐ tt /mm/ jj	Ja ☐ Nein ☐ tt /mm/ jj	Ja ☐ Nein ☐ tt /mm/ jj	Ja ☐ Nein ☐ tt /mm/ jj
10. Hat eines Ihrer direkten Familienmitglieder (Vater, Mutter, Bruder, Schwester), lebend oder verstorben, vor dem 65. Lebensjahr jemals unter Diabetes, Herzkrankheiten, hohem Blutdruck, Krebs, Nierenerkrankungen, erhöhten Cholesterinwerten, Nerven- oder Hirnstörungen (z. B. Alzheimer, Parkinson-Syndrom oder Multiple Sklerose), Augen-, Hör-, Sprachstörungen oder Erbkrankheiten gelitten?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
11. Haben Sie in den letzten fünf Jahren Krebsvorsorge- oder allgemeine Untersuchungen durchführen lassen?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐

Zusätzliche Informationen

Sollten Sie auf eine der Fragen 4 bis 11 mit „Ja" geantwortet haben, bitten wir Sie, alle zugehörigen Einzelheiten in die untenstehende Tabelle einzutragen. Unvollständige Angaben können zu einer Verzögerung bei der Bearbeitung Ihres Antrags führen. Sollten Sie sich nicht sicher sein, ob Informationen wesentlich sind oder nicht, geben Sie diese bitte an.

Name	Frage-Nr.	Wenn möglich, geben Sie bitte das Datum der ersten Diagnose/Konsultation, den Namen und die Anschrift des behandelnden Arztes, die Häufigkeit und Schwere der Symptome, das Datum, an dem die Symptome zum letzten Mal aufgetreten sind, sowie alle im Zusammenhang stehenden vergangenen, gegenwärtigen oder geplanten Behandlungen an.

Falls der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein weiteres Antragsformular.

Zusätzliche Informationen (fortgesetzt)

Bitte geben Sie den Namen, die Anschrift und die Telefonnummer Ihres Hausarztes an:

Herr ☐ Frau ☐ Titel _____ Vorname _____

Nachname _____

Anschrift _____

_____

_____

Telefonnummer LÄNDERVORWAHL — ORTSVORWAHL —

Datum Ihres letzten Termins bei Ihrem Hausarzt: t t m m j j

Seit wann sind Sie ein Patient des genannten Arztes: t t m m j j

7 Angaben für die Zahnversicherung

(Dieser Teil muss nur ausgefüllt werden, wenn Sie einen Zahntarif abschließen möchten.)

	Hauptversicherter	Angehöriger 1	Angehöriger 2	Angehöriger 3	Angehöriger 4
a) Befinden Sie sich zurzeit in zahnärztlicher Behandlung oder ist Ihnen angeraten worden, Zahnbehandlungen vornehmen zu lassen?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
b) Fehlen Ihnen Zähne, die noch nicht ersetzt worden sind (außer Weißheitszähnen)?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, wie viele?					
c) Ist bei Ihnen Zahnersatz vorhanden (Kronen, Inlays, Implantate, Brücken, Füllungen etc.)?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, wie viele?					
d) Leiden Sie an einer Parodontose?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
e) Haben Sie sich in den letzten fünf Jahren einer Zahnuntersuchung unterzogen?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, geben Sie bitte an					
Datum:	tt /mm/ jj	tt /mm/ jj	tt /mm/ jj	tt /mm/ jj	tt /mm/ jj
Ergebnis:					

Falls Sie auf die Frage a) mit „Ja" geantwortet haben, füllen Sie bitte einen Zahnfragebogen aus, den Sie von unserer Website herunterladen können: **www.allianzworldwidecare.com.**

Bitte geben Sie den Namen, die Anschrift und die Telefonnummer Ihres Zahnarztes an:

Herr ☐ Frau ☐ Titel _____ Vorname _____

Nachname _____

Anschrift _____

_____

_____

Telefonnummer LÄNDERVORWAHL — ORTSVORWAHL —

8 Datenschutzgesetz – Erfassung und Verwendung persönlicher Daten

Wenn in den folgenden Ausführungen von Informationen die Rede ist, beinhaltet dies persönliche Daten und an uns übermittelte Informationen aus dem Antragsformular, aus Erstattungsformularen und/oder aus sonstigen begleitenden Dokumenten, oder jegliche Informationen, die wir im Zusammenhang mit einem unserer Produkte oder unseren Serviceleistungen erfassen. Allianz Worldwide Care, Mitglied der Allianz Gruppe, ist ein in Irland amtlich zugelassenes Personenversicherungsunternehmen und die datenverarbeitende Stelle jeglicher eben genannter Informationen.

Verwendung: Informationen, die wir von Ihnen erhalten, können von uns für administrative Zwecke, die für die Bereitstellung von internationalem Krankenversicherungsschutz notwendig sind, verwendet werden (medizinische Risikoprüfung, Bearbeitung von Leistungsanträgen, Rückversicherung und Vorbeugung von Betrug).

Sensible Daten: Wir müssen sensible Daten von Ihnen erfassen (wie medizinische oder gesundheitliche Daten), um die Versicherungsbedingungen, die wir ausstellen, festzulegen oder um anfallende Schadenfälle zu bearbeiten.

Datenspeicherung: Wir werden Ihre Daten nicht länger als benötigt und nur für die erforderlichen Zwecke speichern.

Einwilligung: Durch die Weitergabe Ihrer Informationen willigen Sie ein, dass wir Ihre Informationen wie oben beschrieben verwenden, bearbeiten, offenlegen und speichern.

Erklärung: Durch Ihre Unterschrift versichern Sie uns, dass Sie bevollmächtigt sind, im Namen Ihrer Angehörigen deren persönliche Informationen an uns weiterzugeben und dass Sie ebenfalls bevollmächtigt sind, deren persönliche Informationen für die oben genannten Zwecke offenzulegen. Sie erklären sich weiterhin im Namen Ihrer Angehörigen damit einverstanden, dass deren Informationen bearbeitet, offengelegt, verwendet und gespeichert werden. Wenn in diesen Ausführungen von „Sie" oder „Ihre(r)" die Rede ist, sind damit Sie selbst und Ihre Angehörigen gemeint.

Zugang: Gemäß dem Datenschutzgesetz von 1988 und 2003 haben Sie das Recht, eine Kopie Ihrer persönlichen Daten, die bei uns vorliegen, anzufordern. Falls Sie von diesem Recht Gebrauch machen möchten, schicken Sie bitte Ihre schriftliche Anfrage an den „Data Protection Officer", Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland, oder per E-Mail an client.services@allianzworldwidecare.com. Eine Gebühr von 6,35 € wird gemäß dem Datenschutzgesetz erhoben. Schecks sind auf Allianz Worldwide Care auszustellen.

9 Erklärung

Bitte lesen Sie die folgenden Erklärungen sorgfältig und unterschreiben Sie nur, wenn Sie die Punkte verstehen und akzeptieren:

(a) 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 Worldwide Care an. Mir ist bekannt, dass der Vertrag nichtig ist, wenn ich falsche oder inkorrekte Angaben mache oder wissentlich etwas verschweige.

(b) Ich verpflichte mich, Allianz Worldwide 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.

(c) Ich verstehe, dass 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 es wurden keine Leistungsansprüche in der Zwischenzeit geltend gemacht.

(d) Ich verpflichte mich, nach Erhalt des Versicherungsscheins den Inhalt in Bezug auf die Richtigkeit der enthaltenen Informationen zu prüfen. Weicht der Inhalt des Versicherungsscheins von dem Inhalt dieses Antrags ab, gilt der Vertrag mit dem Inhalt des Versicherungsscheins als geschlossen, wenn ich nicht innerhalb von 30 Tagen nach dem Ausstellungsdatum des Versicherungsscheins widerspreche.

(e) Mir ist bekannt, dass Allianz Worldwide 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. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angestellte von Krankenhäusern/medizinischen Einrichtungen und Gesundheitsämtern, die mich vor der Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von Ihrer Schweigepflicht und bevollmächtige sie, alle von Allianz Worldwide Care angeforderten Informationen zur Verfügung zu stellen. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Angehörigen ab, einschließlich der von mir gesetzlich vertretenen Personen, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

(f) Der Versicherungsvertrag unterliegt den allgemeinen Versicherungsbedingungen (im Versicherungshandbuch für die Einzelversicherung enthalten), die bei Abschluss des Versicherungsvertrags gelten. Hiermit erkläre ich, dass ich alle Definitionen, Leistungen, Ausschlüsse und Bedingungen dieses Versicherungsvertrags verstehe, einschließlich der Details in Bezug auf Vorerkrankungen.

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

Unterschrift des Hauptversicherten

Datum t | t m | m j | j

Intern auszufüllen - Name und Stempel des Vermittlers

Agentur DB2001
Im Eisholz 25a 51373 Leverkusen
Agenturnummer: 429612

Bitte schicken Sie uns das vollständig ausgefüllte Antragsformular per:

E-Mail an: underwriting@allianzworldwidecare.com

Fax an: + 353 1 629 7117

Alternativ können Sie es uns auch per Post an die folgende Adresse schicken:
Allianz Worldwide Care
18B Beckett Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12
Irland

Helpline: + 353 1 630 1302

FRM-APP-DE-1110

Dieses Dokument ist eine Übersetzung des original auf Englisch verfassten „Application Form". Die englische Originalversion gilt ausschließlich als rechtlich verbindlich. Auch wenn Unterschiede zwischen der übersetzten Version und der englischen Originalversion bestehen, gilt die englische Version als rechtlich verbindlich. Allianz Worldwide Care Limited gehört zur Allianz Gruppe, ist in Irland registriert und unterliegt der Aufsicht durch die irische Finanzregulierungsbehörde. Eingetragener Sitz: 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. Registrierungsnummer: 310852.