



Internationale Krankenversicherungstarife

ANTRAGS- FORMULAR

Bitte beachten Sie, dass Sie einen **Antrag** auf unsere internationalen Krankenversicherungstarife für Privatkunden auch online auf www.allianzworldwidecare.com stellen können.

Allianz  Care

BITTE FÜLLEN SIE DIESES FORMULAR IN DRUCKBUCHSTABEN AUS.

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

Falls Sie einem bestehenden Gruppenvertrag beitreten möchten, geben Sie bitte folgendes an:

Gruppenname

Gruppennummer

Wo immer die nachstehenden Begriffe und Ausdrücke in diesem Formular verwendet werden, haben sie die Bedeutung, wie unten angegeben.
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 (oder Ihre Angehörigen, falls zutreffend) mehr als sechs Monate des Jahres leben.

1 ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER (der Antragsteller wird als Hauptversicherter geführt)

Es ist wichtig, dass Sie uns über jegliche Änderung Ihrer Kontaktdaten informieren, damit wir sicherstellen können, dass Sie sämtliche Korrespondenz erreicht. Wir können Antragsteller bis zu dem Tag vor ihrem 76. Geburtstag für Versicherungsschutz berücksichtigen.

Herr Frau Titel Vorname

Nachname

Geburtsdatum / / Geschlecht: männlich weiblich

Heimatland

Nationalität

Land des Hauptwohnsitzes

Adresse im Land des Hauptwohnsitzes (Pflichtfeld)

Haupttelefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

Alternativtelefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

E-Mail Adresse (Pflichtfeld)

Beruf (Pflichtfeld) (falls Student, bitte angeben)

Wählen Sie die Sprache, in der Sie Ihre Versicherungsunterlagen erhalten möchten:

Deutsch Englisch Französisch Spanisch Italienisch Portugiesisch

Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung:

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer Beginndatum / /

2 ZU VERSICHERNDE ANGEHÖRIGE

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 eine Kopie des gültigen Studentenausweises vorgelegt werden. Wir können erwachsene Angehörige nur bis zu dem Tag vor ihrem 76. Geburtstag für Versicherungsschutz berücksichtigen. Falls der Platz nicht für alle Angehörigen ausreicht, benutzen Sie bitte ein weiteres Antragsformular.

	Angehöriger 1	Angehöriger 2	Angehöriger 3
Verhältnis zum Hauptversicherten	Ehegatte/Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>	Ehegatte/Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>	Ehegatte/Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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"/>
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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Heimatland	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Land des Hauptwohnsitzes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationalität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherungsnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



8 ERKLÄRUNG

Bitte lesen Sie die folgenden Erklärungen sorgfältig durch 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 Partners an. Mir ist bekannt, dass der Vertrag nichtig ist, wenn ich falsche, inkorrekte oder irreführende Angaben mache oder wesentlich wesentliche medizinische Angaben verschweige.
- (b) Ich verpflichte mich, Allianz Partners sofort schriftlich darüber zu informieren, falls sich zwischen dem Ausfüllen dieses Antragsformulars und dem Inkrafttreten meine Police an meinem Gesundheitszustand oder dem meiner Angehörigen etwas ändert.
- (c) Ich stimme zu, auf alle Rechte hinsichtlich medizinischer/ärztlicher Schweigepflicht in Bezug auf meine medizinischen Daten und Informationen zu verzichten und mir ist bekannt, dass Allianz Partners - 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. Ich bevollmächtige Ärzte, Zahnärzte, Angehörige von Heilberufen sowie Mitarbeiter medizinischer Einrichtungen und Gesundheitsbehörden, alle relevanten medizinischen Daten und Informationen im Zusammenhang mit meiner Person auf Anfrage an Allianz Partners, deren medizinische Berater und ernannte Vertreter oder andere Experten, vorbehaltlich geltender rechtlicher Bestimmungen, im Falle von Streitigkeiten weiterzugeben. 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.
- (d) Hiermit erkläre ich, dass ich alle Definitionen, Leistungen, Ausschlüsse und Bedingungen dieses Versicherungsvertrags gelesen habe und verstehe, einschließlich der Details in Bezug auf Vorerkrankungen.
- (e) 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 es wurden keine Leistungsansprüche in der Zwischenzeit geltend gemacht.
- (f) 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 bei Abschluss des Versicherungsvertrags gelten und im Versicherungshandbuch enthalten sind.
 - der Versicherungsschutz von Allianz Partners 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 Hauptversicherer unterschreibe ich diese Erklärung und dieses Antragsformular im Namen aller in diesem Antrag aufgeführten Personen.

Unterschrift des Hauptversicherten _____ Datum / /

Name des Hauptversicherten in Druckbuchstaben

Wichtiger Hinweis

Der Versicherungsschutz von Allianz Partners ist für einen Aufenthalt in Deutschland ausreichend, wenn Ihr Aufenthalt in Deutschland von begrenzter Dauer ist oder einem temporären Zweck dient. Er ist nicht für Personen mit festem, dauerhaften Wohnsitz in Deutschland geeignet. Wir empfehlen Ihnen hierzu unabhängigen Rat einzuholen, bevor Sie einen Vertrag mit uns abschließen. Beachten Sie bitte, dass es in Ihrer Verantwortung liegt, sicherzustellen, dass Sie die gesetzlichen Krankenversicherungsanforderungen in Deutschland erfüllen.

Ich bestätige, dass ich die oben genannten Ausführungen gelesen und verstanden sowie fachkundigen Rat eingeholt habe, um sicherzustellen, dass der Versicherungsschutz von Allianz Partners für mich geeignet ist.

Unterschrift des Hauptversicherten _____ Datum / /

Name des Hauptversicherten in Druckbuchstaben

9 ERNENNUNG EINES VERMITTLERS

Als Hauptversicherer autorisiere ich hiermit

NAME DES VERMITTLERS _____

im Namen aller in diesem Antrag aufgeführten Personen im Hinblick auf die Verwaltung dieser Police zu handeln. Dies kann die Offenlegung sensibler medizinischer Informationen beinhalten. Diese Autorisierung ist solange gültig, bis ich sie schriftlich bei Allianz Partners annulliere.

Unterschrift des Hauptversicherten _____

Name des Hauptversicherten in Druckbuchstaben

Datum / /

ADELHEID HELBICH, HELBICH GMBH
Intern auszufüllen
 SANDWEG 63, 60316 FRANKFURT/MAIN, GERMANY
Name und Stempel des Vermittlers
 H A M B U R G - H R B 5 3 7 5 3
 § 34D ABS. 1 GEWO IHK HH:D-OFKI-WHE31-81
 VERSICHERUNGSFACHFRAU/ACTUARY, BWV
 TEL: +49-69-1200 66060

Vermittlernummer: 362761

10 ZAHLUNGSANGABEN

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.

(a) Währung

Bitte wählen Sie Ihre gewünschte Vertragswährung :

(Beachten Sie, dass eine Zahlung per Lastschrifteinzugsverfahren für Zahlungen in Euro, Pfund Sterling (GBP) und Schweizer Franken (CHF), jedoch nicht für US Dollars (USD), möglich ist.)

Euro Pfund Sterling (GBP) Schweizer Franken (CHF) US-Dollar

(b) 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
Lastschrifteinzugsverfahren* (für Zahlungen in Euro, Pfund Sterling und Schweizer Franken)	<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"/>
Scheck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nicht zutreffend
Banküberweisung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nicht zutreffend

*Falls Sie per Lastschrifteinzugsverfahren bezahlen möchten, füllen Sie bitte die entsprechende Einzugsermächtigung aus und reichen Sie diese bei uns ein: www.allianzworldwidecare.com/de/persoentlich/antragsformular/. Falls Sie einem Gruppenvertrag angehören und per Lastschrifteinzugsverfahren bezahlen möchten, muss eine monatliche Zahlungsfrequenz ausgewählt werden.



ZAHLUNG PER KREDITKARTE

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

Kreditkarte Mastercard Visa

Name des Karteninhabers

Kartennummer - - - Gültig bis /

Sobald diese Informationen in unserem System gespeichert sind, wird der Abschnitt vom Antragsformular getrennt und aus Sicherheitsgründen vernichtet.

Kreditkarten-Vollmacht





Ich ermächtige Allianz Partners, 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 Partners widerrufe. Eine jährliche Beitragserhöhung wird mir einen Monat vorher mitgeteilt.

Unterschrift des Karteninhabers _____ Datum / /

BITTE SCHICKEN SIE UNS DAS VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTE ANTRAGSFORMULAR PER:

E-Mail an: underwriting@allianzworldwidedecare.com
Fax an: + 353 1 629 7117
Post an: Allianz Partners, 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/allianzworldwidedecare
-  plus.google.com/+allianzworldwidedecare
-  www.youtube.com/user/allianzworldwide
-  www.linkedin.com/company/allianz-worldwide-care

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.

AWP Health & Life SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 401 154 679 RCS Bobigny. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister, Registernummer: 907619. Anschrift: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.
Allianz Partners ist eine eingetragene Firma von AWP Health & Life SA.

