



Internationale Krankenversicherungstarife

ANTRAGS- FORMULAR

Bitte beachten Sie, dass Sie einen **Antrag** auf unsere internationalen Krankenversicherungstarife für Einzelkunden und Familien 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"/>
E-Mail Adresse (muss für alle Angehörigen älter als 18 Jahre angegeben werden)	<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 EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ERFASSUNG UND VERARBEITUNG VON DATEN

Wir benötigen für die Erfassung und Verarbeitung persönlicher Gesundheitsdaten sowie anderer personenbezogener Daten im Zusammenhang mit der Krankenversicherung, die Sie mit uns abschließen möchten, Ihre Einwilligung. Sofern Sie den unten aufgeführten Verarbeitungsweisen Ihrer persönlichen Daten nicht zustimmen, können wir Ihnen die gewünschte Krankenversicherung nicht zur Verfügung stellen oder 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 ausfüllen.

■ Ich, der Antragsteller, die/der erste Angehörige, die/der zweite Angehörige und die/der dritte Angehörige sind mit Folgendem einverstanden:

NAME DES ANTRAGSTELLERS ANGEBEN	NAME DER/DES ERSTEN ANGEHÖRIGEN ANGEBEN	NAME DER/DES ZWEITEN ANGEHÖRIGEN ANGEBEN	NAME DER/DES DRITTEN ANGEHÖRIGEN ANGEBEN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Einwilligung für die Erfassung, Speicherung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten: Der Versicherer 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 Leistungsanträgen. Der Versicherer darf meine Gesundheitsdaten, in Übereinstimmung mit dem für meine Versicherung geltenden Sozialgesetzbuch oder anderen geltenden Gesetzen zur Aufbewahrung von Daten, speichern.

2. Einwilligung, dass meine Daten von Drittparteien eingeholt werden dürfen: Der Versicherer kann 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, um den Versicherungsschutz zu gewährleisten, sowie die zu versichernden Risiken zu prüfen und Leistungsanträge zu bearbeiten. Ich entbinde alle Personen in diesen Einrichtungen sowie den Versicherer von ihrer/seiner Schweigepflicht in Bezug auf meine Gesundheitsdaten oder sonstige Daten, die zu den genannten Zwecken geteilt und verwendet werden müssen.

3. Weitergabe meiner Daten außerhalb des Versicherers: Der Versicherer kann meine Gesundheitsdaten und sonstige Daten an die nachfolgend aufgeführten Einrichtungen weiterleiten, die diese dann in gleichem Umfang und zu den gleichen Zwecken wie der Versicherer nutzen dürfen. Ich verstehe, dass der Versicherer vertragliche Vereinbarungen mit diesen Einrichtungen getroffen hat, um meine Daten zu schützen. Ich entbinde alle Personen dieser Einrichtungen und den Versicherer 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, sofern es notwendig ist, Versicherungsrisiken und entsprechende Leistungen zu prüfen, die an mich oder an Dritte, die Behandlungen vornehmen oder Dienstleistungen anbieten, im Rahmen meines Versicherungsvertrags gezahlt werden.
- Dienstleister von Unternehmen außerhalb der Allianz Gruppe, die Dienstleistungen im Namen des Versicherers erbringen. Dazu gehören beispielsweise Risikoprüfungen und die Bearbeitung von Leistungsanträgen, bei denen meine Gesundheitsdaten und andere notwendige Daten erfasst und verwendet werden, sodass der Versicherer meine Versicherung verwalten und Zahlungen für Leistungsanträge leisten kann.
- Mitversicherer zur Aufteilung des Versicherungsrisikos mit anderen Unternehmen, an die der Versicherer den Versicherungsvertrag ausstellt sowie zur gemeinsamen Bearbeitung von Leistungsanträgen.
- Andere Versicherer/Rückversicherer, die gleichzeitig das gleiche 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 Einwilligung zu diesen Punkten widerrufen möchte, kann ich den Versicherer darüber per E-Mail an AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com informieren.

ERNENNUNG DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Um Sie bei der Verwaltung der Versicherungspolice zu unterstützen, können Sie den Versicherungsnehmer als Hauptkontaktperson für den Versicherungsvertrag ernennen. Wählen Sie dazu einfach unten "Ja". Ich ernenne

für mich und in meinem Namen hinsichtlich der Verwaltung dieser Police zu handeln. Dies kann die Offenlegung sensibler medizinischer Informationen beinhalten. Diese Ernennung ist solange gültig, bis ich sie schriftlich bei Allianz Care annulliere.

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Wichtiger Hinweis

Der Versicherungsschutz von Allianz Care 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, dauerhaftem 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 Care für mich geeignet ist.

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des ersten Angehörigen

Unterschrift des zweiten Angehörigen

Unterschrift des dritten Angehörigen

ERNENNUNG EINES VERMITTLERS

Ich ermächtige hiermit

für mich und in meinem Namen die Verwaltung dieser Police zu übernehmen. Dazu zählt ggf. auch die Offenlegung sensibler medizinischer Informationen. Diese Autorisierung ist solange gültig, bis ich sie schriftlich bei Allianz Care annulliere.

Intern auszufüllen -
Name und Stempel des Vermittlers

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des ersten Angehörigen

Unterschrift des zweiten Angehörigen

Unterschrift des dritten Angehörigen

9 MARKETING PRÄFERENZEN

■ Ich, der Antragsteller, die/der erste Angehörige, die/der zweite Angehörige und die/der dritte Angehörige stimmen zu, dass der Versicherer meine persönlichen Daten sammeln, verwenden und offen legen kann, um mir Marketing-Informationen zur Verfügung zu stellen. Ich verstehe, dass meine persönlichen Daten nur aus den Gründen verarbeitet werden, denen ich ausdrücklich zugestimmt habe, indem ich sie unten angegeben habe.

NAME DES ANTRAGSTELLERS ANGEBEN	NAME DER/DES ERSTEN ANGEHÖRIGEN ANGEBEN	NAME DER/DES ZWEITEN ANGEHÖRIGEN ANGEBEN	NAME DER/DES DRITTEN ANGEHÖRIGEN ANGEBEN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

• Informationen, die der Versicherer über seine Produkte und Dienstleistungen sendet, einschließlich Aktualisierungen seiner neuesten Angebote und neuer Produkte und Dienstleistungen.

• 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.



9 MARKETING PRÄFERENZEN (FORTSETZUNG)

ANTRAGSTELLER	ERSTER ANGEHÖRIGER	ZWEITER ANGEHÖRIGER	DRITTER ANGEHÖRIGER
• Informationen über Produkte und Services anderer Partner des Versicherers, 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 übermittelt werden:			
<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> App Benachrichtigungen <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Post	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> App Benachrichtigungen <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Post	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> App Benachrichtigungen <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Post	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> App Benachrichtigungen <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Post

10 DER SCHUTZ IHRER PERSÖNLICHEN DATEN IST UNS WICHTIG

Unser Datenschutzhinweis erklärt, wie wir Ihre Privatsphäre schützen. Dies ist eine wichtige Information, die erklärt, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden. Sie sollten diese Information lesen, bevor Sie Ihre persönlichen Daten an uns übermitteln. Um unseren Datenschutzhinweis zu lesen, gehen Sie auf: www.allianzworldwidecare.com/de/datenschutz/

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

11 ZAHLUNGSANGABEN

Dieser Teil muss nicht ausgefüllt werden, wenn Sie sich innerhalb eines Gruppenvertrags anmelden und Ihr Arbeitgeber die Zahlung des Versicherungsbeitrags für Sie übernimmt.

Währung	Zahlungsmethode und Zahlungsfrequenz																									
Bitte wählen Sie Ihre gewünschte Vertragswährung:	Zahlungen unterliegen den folgenden Zuschlägen: 0% für jährliche Zahlung, 3% für halbjährliche Zahlung, 4% für vierteljährliche Zahlung und 5% für monatliche Zahlung.																									
Euro <input type="checkbox"/>	Bitte wählen Sie die von Ihnen gewünschte Zahlungsmethode und Zahlungsfrequenz:																									
Pfund Sterling (GBP) <input type="checkbox"/>																										
Schweizer Franken (CHF) <input type="checkbox"/>																										
US-Dollar <input type="checkbox"/>																										
Beachten Sie, dass eine Zahlung per Lastschriftinzugsverfahren für Zahlungen in Euro, Pfund Sterling (GBP) und Schweizer Franken (CHF), jedoch nicht für US Dollars (USD), möglich ist.																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jährlich</th> <th>Halbjährlich</th> <th>Vierteljährlich</th> <th>Monatlich</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lastschriftinzugsverfahren* (für Zahlungen in Euro, Pfund Sterling und Schweizer Franken)</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kreditkarte</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Scheck</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center">Nicht zutreffend</td> </tr> <tr> <td>Banküberweisung</td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center">Nicht zutreffend</td> </tr> </tbody> </table>		Jährlich	Halbjährlich	Vierteljährlich	Monatlich	Lastschriftinzugsverfahren* (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
	Jährlich	Halbjährlich	Vierteljährlich	Monatlich																						
Lastschriftinzugsverfahren* (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 Lastschriftinzugsverfahren bezahlen möchten, füllen Sie bitte die entsprechende Einzugsermächtigung aus und reichen Sie diese bei uns ein: https://www.allianzworldwidecare.com/de/persoenlich/antragsformular/ . Falls Sie einem Gruppenvertrag angehören und per Lastschriftinzugsverfahren bezahlen möchten, muss eine monatliche Zahlungsfrequenz ausgewählt werden.																									

BITTE SCHICKEN SIE UNS DAS VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTE ANTRAGSFORMULAR PER:

E-Mail an: underwriting@allianzworldwidecare.com
 Fax an: + 353 1 629 7117
 Post an: 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

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 Care und Allianz Care sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life SA.

FRM-APP-DE-0619

ZAHLUNG PER KREDITKARTE

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

Kartenummer Gültig bis / /

CVV-Nummer

VISA, MasterCard, Discover und Diners Club: Die dreistellige Nummer befindet sich unmittelbar nach der Kartenummer auf dem Unterschriftfeld auf der Rückseite der Karte.

American Express: Die vierstellige CVV-Nummer befindet sich auf der Vorderseite der Karte über der Kartenummer.

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

Kreditkarten-Vollmacht

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. 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 Care widerrufe. Eine jährliche Beitragserhöhung wird mir einen Monat vorher mitgeteilt.

Unterschrift des Karteninhabers _____

Datum / /