



Antrag auf internationale Krankenversicherung

International Health Insurance

Worldwide individual Application Form

i Jeder der folgenden Teile sollte von Ihnen ausgefüllt werden. Bitte benutzen Sie Druckbuchstaben.
Each of the following parts should be completed by you. Please use BLOCK CAPITALS.

Antragsteller(in)

About you

Vorname:
Forename(s):

Nachname:
Surname:

Geschlecht
Sex
M **W**
M *W*

Geburtsdatum:
Date of birth:

T T . M M . J J J J

Nationalität:
Nationality on passport:

Beruf:
Occupation:

Wohnanschrift:³
Residential Address:³

Postleitzahl:
Postcode:

Telefonnummer:
Telephone numbers: (inc. area code)

Mobilfunknummer:
Mobile number:

E-mail Adresse:
E-mail address:

Versicherte Person (keine Angaben, wenn mit Antragsteller identisch)

Insured person (no information if identical to applicant)

Tarif:
Tariff:

D VfA Diamant

P VfA Platin

G VfA Gold

S VfA Silber

B VfA Bronze

Geltungsbereich: **Europa**
Area of cover: *Europe*

Weltweit exkl. USA
Worldwide excl. USA

Gewünschter Versicherungsbeginn:
Start date:

T T . M M . J J

Selbstbehalte:
Deductible: 0 € 100 € 250 € 500 € 1.000 €

Aufenthaltsland:
Country of Residence:

Wann sind Sie dorthin umgezogen?:
When did you move there?:

M M . J J

Zahlungsfrequenz: **Jährlich**
Payment time period: *Annually*

Halbjährlich
half-yearly

Vierteljährlich
Quarterly

Monatlich
Monthly

Beitrag lt. ZW:
Premium:

Euros (€)

US Dollars (\$)

Besteht eine weitere Krankenversicherung:

Another current Health Insurance:

Ja
Yes

Nein
No

Name der Gesellschaft:

Name of Insurance:

Mitversicherte Angehörige 1

Relatives to be Co-Insured 1

Vorname:

Forename(s):

Nachname:

Surname:

Geschlecht

Sex

M
M

W
W

Geburtsdatum:

Date of birth:

T	T	.	M	M	.	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Beziehung zu Ihnen:

Relationship to you:

Partner:
Partner:

Kind:
Child:

Mitversicherte Angehörige 2

Relatives to be Co-Insured 2

Vorname:

Forename(s):

Nachname:

Surname:

Geschlecht

Sex

M
M

W
W

Geburtsdatum:

Date of birth:

T	T	.	M	M	.	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Beziehung zu Ihnen:

Relationship to you:

Partner:
Partner:

Kind:
Child:

Mitversicherte Angehörige 3

Relatives to be Co-Insured 3

Vorname:

Forename(s):

Nachname:

Surname:

Geschlecht

Sex

M
M

W
W

Geburtsdatum:

Date of birth:

T	T	.	M	M	.	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Beziehung zu Ihnen:

Relationship to you:

Partner:
Partner:

Kind:
Child:

Unterschriften (Antragsteller, alle mitversicherten Personen und Volljährige zu versichernden Personen):

Signature of all insured persons:

Datum:

Date:

Angaben zum Zahlungsverkehr

Methods of payment

Zahlweise
Payment by

Überweisung
Bank transfer

SEPA-Lastschrifteinzug (Lt. SEPA-Lastschriftmandat)
SEPA-Direct debit

Jährlich
Annually

Halbjährlich
half-yearly

Vierteljährlich
Quarterly

Monatlich
Monthly

Unsere Bankverbindung für Überweisungen:
Account for transfer:

Empfänger:
Recipient:

VfA-International, Inh. Achim Götze e.K.

IBAN:

DE45 2139 0008 0000 9847 01

BIC-Code:

GENODEF1XXX
VR Bank Ostholstein Nord-Plön, Neustadt in Holstein

SEPA – Lastschriftmandat:
(Direct debit)

SEPA Mandat siehe nächste Seite
Direct debit see next page

SEPA – Lastschriftmandat (Direct debit)

VFA-International / Gutenbergstrasse 1 / D – 23611 Bad Schwartau /
Gläubiger Identifikationsnummer DE98 ZZZ 0000 2768 040

Ich ermächtige den VFA-International, Inh. Achim Götze e.K., Beiträge zur Fälligkeit für meine Krankenversicherung von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von VFA-International, Inh. Achim Götze e.K. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

I authorize VFA-International, owner Achim Götze e.K., to collect premiums for my health insurance from my account by SEPA direct debit when they are due.

At the same time, I instruct my bank to redeem the direct debits drawn on my account by VFA-International, owner Achim Götze e.K.



Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Note: I can request reimbursement of the amount debited within eight weeks, starting with the debit date. Applicable in this regard by the contract with my bank conditions.

Vorname und Name (Kontoinhaber):

Forename and Surname (account holder):

Straße

Address

Hausnummer

Number

Postleitzahl

Post code

Ort

Country

Name Kreditinstitut

Name of Bank

IBAN

BIC / SWIFT

Datum

Date

Ort

Place

Unterschrift Kontoinhaber

Signature (account holder)



Wichtiger Hinweis zur Europäischen Krankenversicherung !

Die Tarife ausländischer EWR-Dienstleister bieten eine umfassende Absicherung der Kosten im Krankheitsfall. Aufgrund geltender Vorgaben in Deutschland erfüllen die Angebote nicht oder nur teilweise die Kriterien der Versicherungspflicht gem. §193 VVG. U.a. sind die Beiträge ohne Altersrückstellung kalkuliert und daher nicht geeignet, den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- und Pflegeversicherungsschutz zu ersetzen.

Angaben zum Gesundheitszustand

Information on the state of health

Gegenüber der SOMPO International, Luxemburg (Versicherer)

To SOMPO International, Luxemburg (Versicherer)

Vorname:

Forename(s):

Nachname:

Surname:

Geburtsdatum:

Date of birth:

T	T	.	M	M	.	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Moratoriumsklausel

Moratorium underwriting

i Bei der Moratoriumsklausel müssen Sie bei Antragstellung keinerlei Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand beantworten, jedoch werden Sie in den ersten zwei Jahren der Versicherung keine Erstattung für Kosten bekommen, die auf Grund von Vorerkrankungen entstanden sind, für die Sie in den letzten zwei Jahren Behandlungen und/oder Medikamente oder eine ärztliche Beratung erhalten haben oder für die Symptome auftraten, diagnostiziert oder nicht. Beschwerden die nach dem Versicherungsbeginn auftreten aber in Verbindung mit einer Vorerkrankung stehen, sind ebenfalls ausgeschlossen.

If you choose this underwriting option, you do not need to complete any questions concerning your health at the point of application, however, you will not be covered for any claims made in respect of pre-existing conditions during the first two years of the policy, for which you have received treatment and/or medication, or asked advice on, or had symptoms of whether or not diagnosed, during the two years immediately before your policy started with us.

Conditions that arise after the policy commencement date, but are related to the pre-existing condition will also be excluded.

Wir schließen jeglichen Krankheitszustand aus, der oder für den:

- vorhersehbar war,
- offensichtlich war,
- Sie Anzeichen oder Symptome festgestellt haben,
- Sie eine Beratung erhalten haben oder
- Sie Behandlungen oder Medikamente erhalten haben,
- nach Ihrem besten Wissen, bestand in den letzten zwei Jahren vor dem Versicherungsbeginn bestand.

Wenn Sie in den ersten zwei Jahren nach dem Versicherungsbeginn:

- Symptome festgestellt haben
- eine Beratung erhalten haben
- Behandlungen, Medikamente oder eine Sonderdiät benötigt oder erhalten haben,

dann verlängert sich die Wartezeit um weitere zwei Jahre, in denen Sie keine:

- Symptome festgestellt haben
- eine ärztliche Beratung erhalten, oder
- Behandlungen, Medikamente oder eine Sonderdiät benötigen oder erhalten dürfen, damit die Vorerkrankungen schließlich mitversichert sind.

We exclude any medical condition or related condition which:

- was foreseeable,
- manifested itself,
- you have experienced signs or symptoms,
- you have sought advice, or
- you have received treatment and/or medication,
- to the best of your knowledge, existed in the two years before the start of the insured person's cover.

If you have:

- experienced symptoms,
- sought advice, or
- required treatment, medication or special diet,

in the 2 years after the policy commencement date, then you will have to wait until you have completed a continuous 2 year period where you have not:

- experienced symptoms,
- sought advice, or
- required treatment, medication or special diet, in order for the medical condition or related medical condition to be considered for coverage.

Unterschrift:

Signed:

Datum:

Date:

Medizinischer Fragebogen

Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Beschwerden, Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden bezogen auf:

- | | | | |
|----------|---|------------------------|-------------------------|
| 1 | Atmungsorgane, Herz- u. Kreislauforgane, Geschlechtsorgane, Verdauungsorgane, Stoffwechselfunktionen | Ja | Nein |
| | Wenn ja, welche: | | |
| 2 | die Augen | Ja | Nein |
| | Falls ja | Kurzsichtigkeit | Weitsichtigkeit |
| | | Dioptrien links | Dioptrien rechts |
| 3 | Andere Augenerkrankungen (grauer o. grüner Star) | Ja | Nein |
| 4 | die Ohren (Tinnitus), Knochen, Gelenke, Muskeln, Rücken (Bandscheiben), Haut, Blut, Gehirn (Migräne) | Ja | Nein |
| | Wenn ja, welche: | | |
| 5 | Tumore, Infektionskrankheiten (Hepatitis) | Ja | Nein |
| | Wenn ja, welche: | | |

Ergänzende Fragen zum Gesundheitszustand

- | | | | |
|-----------|---|-------------------|---------------------|
| 6 | Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente oder Drogen | Ja | Nein |
| 7 | Wird oder wurde in den letzten 5 Jahren regelmäßig Alkohol konsumiert (durchschnittlich häufiger als jeden 2. Tag) | Ja | Nein |
| 8 | Sind in den letzten 5 Jahren ambulante Behandlungen durchgeführt worden Ja Nein (auch OP`s, Gesundheit-Check etc.) | Ja | Nein |
| 9 | Fand in den letzten 10 Jahren eine stationäre Behandlung statt, bzw. ist eine solche vorgesehen | Ja | Nein |
| 10 | Wurde eine HIV-Infektion festgestellt | Ja | Nein |
| 11 | Bestehen Behinderungen oder Unfallfolgen | Ja | Nein |
| 12 | Größe und Gewicht | Größe (cm) | Gewicht (Kg) |
| 13 | Sind Sie gegen COVID 19 geimpft | Ja | Nein |
| 14 | Fehlende Zähne oder sind Zahnersatz oder Inlays vorhanden | Ja | Nein |
| 15 | Besteht Schwangerschaft | Ja | Nein |

Welcher Arzt oder Zahnarzt kann über Ihren Gesundheitszustand am besten Auskunft geben:

Name: _____ **Adresse:** _____ **Postleitzahl:** _____

Telefonnummer: _____ **Faxnummer:** _____ **E-mail Adresse:** _____

Medical Questionnaire

Do you have or have you had in the last 5 years complaints, illnesses, the consequences of an accident or physical damage related to:

- | | | | |
|---|--|-----|----|
| 1 | <i>Respiratory, cardiac and. Circulatory organs, sexual organs, digestive organs, metabolic functions</i> | Yes | No |
| | <i>If yes, which:</i> | | |
| 2 | <i>the eyes</i> | Yes | No |
| | <i>If yes</i> | | |
| | <i>Myopia</i> | | |
| | <i>farsightedness</i> | | |
| | <i>Diopters left</i> | | |
| | <i>Diopters right</i> | | |
| 3 | <i>Other eye diseases (cataracts or glaucoma)</i> | Yes | No |
| 4 | <i>the ears (tinnitus), bones, joints, muscles, back (intervertebral discs), skin, blood, brain (migraine)</i> | Yes | No |
| | <i>If yes, which:</i> | | |
| 5 | <i>Tumors, infectious diseases (hepatitis)</i> | Yes | No |
| | <i>If yes, which:</i> | | |

Additional questions about the state of health

- | | | | |
|----|---|-------------------|--------------------|
| 6 | <i>Do you take, or have you taken within the past 5 years, any medication or drugs on a regular basis</i> | Yes | No |
| 7 | <i>Is, or has been, regularly consumed alcohol in the last 5 years (on average more than every other day)</i> | Yes | No |
| 8 | <i>Have outpatient treatments been carried out in the last 5 years Yes No (also surgeries, health check etc.)</i> | Yes | No |
| 9 | <i>Has inpatient treatment taken place in the last 10 years or is such a plan planned?</i> | Yes | No |
| 10 | <i>Has been diagnosed with HIV infection</i> | Yes | No |
| 11 | <i>Are there any disabilities or the consequences of an accident</i> | Yes | No |
| 12 | <i>Hight and Weight</i> | <i>Hight (cm)</i> | <i>Weight (Kg)</i> |
| 13 | <i>Are you vaccinated against COVID 19</i> | Yes | No |
| 14 | <i>Missing teeth or having dentures or inlays</i> | Yes | No |
| 15 | <i>Is there pregnancy</i> | Yes | No |

Which doctor or dentist can best provide information about your state of health:

Name:

Address:

Postcode:

Telephone numbers: (inc. area code)

Fax number:

E-mail address:

Anlage zu den Angaben zum Gesundheitszustand

Annex to health information

Bitte machen Sie hier ergänzende Angaben zu allen Fragen, die Sie bei den Gesundheitsfragen mit „Ja“ beantwortet haben:

Please provide additional information on all questions to which you answered "yes" in the health questions:

Versicherte person:
Insured Person:

Vorname(n):
Forename(s):

Nachname:
Surname:

Geburtsdatum:
Date of birth:

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Frage:
Question:

Details zu Diagnose, Erkrankung, Unfall, Medikament:
Details on diagnosis, illness, accident, medication:

Zeitraum:
Period of treatment:

Behandelnder, Heilstätte (Name, Anschrift):
Sanatorium (name, address)

Frage:
Question:

Details zu Diagnose, Erkrankung, Unfall, Medikament:
Details on diagnosis, illness, accident, medication:

Zeitraum:
Period of treatment:

Behandelnder, Heilstätte (Name, Anschrift):
Sanatorium (name, address)

Frage:
Question:

Details zu Diagnose, Erkrankung, Unfall, Medikament:
Details on diagnosis, illness, accident, medication:

Zeitraum:
Period of treatment:

Behandelnder, Heilstätte (Name, Anschrift):
Sanatorium (name, address)

Wenn Sie zusätzlichen Platz benötigen, fügen Sie bitte ein separates Blatt bei.
If you require additional space, please attach a separate sheet.



WICHTIGER HINWEIS ZU IHREN ANGABEN ZU DEN GESUNDHEITSFRAGEN!

Bitte beachten Sie, dass es sehr wichtig ist, dass Sie alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben. Durch Ihre eigenhändige Unterschrift bestätigen Sie, dass die vorstehende Erklärung Bestandteil des Versicherungsantrages ist. Falsche oder unterlassene Angaben, ob wissentlich oder unwissentlich kann wegen Anzeigepflichtverletzung im Leistungsfall zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Der Versicherer hat dann das Recht, den Vertrag anzufechten und vom Vertrag zurücktreten kann.

IMPORTANT NOTICE REGARDING YOUR DETAILS REGARDING HEALTH QUESTIONS!

Please note that it is very important that you have answered all the information truthfully and completely. With your handwritten signature confirm that the above declaration forms part of the insurance application.

False or omitted information, whether knowingly or unknowingly, can result in the loss of the insurance protection. The insurer then has the right to contest the contract and can withdraw from the contract.

Unterschrift:
Signed:

Datum:
Date:

Verwendung von persönlichen Informationen *Use of personal information*

Persönliche Informationen, welche auf diesem Antragsformular angegeben werden, verwenden wir um Ihre Versicherungspolice zu verwalten. Dazu gehört das Underwriting Ihrer Versicherungspolice, um zu entscheiden, welche Deckung wir Ihnen anbieten können, Ihre Policen zu verwalten, Ihre Ansprüche zu bearbeiten und Betrug zu erkennen und zu verhindern. Personenbezogene Daten werden möglicherweise an Dritte weitergegeben, die uns bei der Verwaltung Ihrer Versicherungspolice unterstützen. Wir werden gegebenenfalls personenbezogene Daten an zuständige Aufsichtsbehörden, an Ihrer Behandlung beteiligte medizinische Fachkräfte und in Ihrem Namen handelnde Vertreter freigeben.

Personal information given on this application form will be used to administer your insurance policy. This includes underwriting your policy to decide what cover we can offer, administering your policy and handling claims, and helping to detect and prevent fraud. Personal information may be shared with third parties that help us administer your policy. We may also share personal information with regulatory bodies, medical professionals involved in your treatment, and any broker acting on your behalf.

Marketing-Entscheidungen *Marketing choices*

Von Zeit zu Zeit möchten wir Sie über Produkte und Dienstleistungen informieren, die für Sie von Interesse sein könnten. Wenn Sie diese Informationen erhalten möchten, kreuzen Sie bitte dieses Kästchen an. Sie können dieses jederzeit abbestellen, indem Sie uns unter mail@vfa-international.de kontaktieren.

From time to time, we would like to tell you about products and services that may be of interest to you. If you would like to receive this information, please tick this box. You can unsubscribe at any time by contacting us at mail@vfa-international.de

Erklärung *Declaration*

Ich / Wir beantrage(n) hiermit, über die ausgewählte, von VfA-International vermittelte Versicherungspolice, zusammen mit den in diesem Antrag aufgeführten Familienangehörigen, versichert zu werden und akzeptieren die Outsourcing-Vereinbarungen zwischen dem Versicherer und den ausgelagerten Dienstleistern. ICH/Wir erkläre(n), nach meinem bestem Wissen und Gewissen, dass die Angaben in diesem Antragsformular und alle zusätzlich eingereichten Informationen, die im Rahmen dieses Antrags zur Verfügung gestellt werden, vollständig und richtig sind.

Die Versicherungsbedingungen wurden mir/uns vor Antragstellung zur Verfügung gestellt. Ich / Wir werde(n) die Versicherungsbedingungen nach Erhalt lesen; ich stimme zu, dass ich und alle in diesem Antrag angegebenen Personen an den Inhalt der Versicherungsbedingungen gebunden sind.

Es wird vereinbart, dass die Erklärungen und Informationen in diesem Antrag, die Grundlage des Vertrages zwischen mir und dem Versicherer, bilden. Ich / Wir verstehe(n) und akzeptieren die Informationen im Underwriting-Bereich der Worldwide-Broschüre. Ich / Wir verstehe(n), dass dieser Antrag vom Versicherer genehmigt werden muss und dass die bereitgestellten medizinischen Informationen dazu führen können, dass ein Ausschluss vereinbart wird oder der Versicherer unter bestimmten Umständen keine Deckung anbieten kann. Ich ermächtige und beauftrage den in diesem Antrag genannten Arzt und / oder jede andere medizinische Einrichtung, einschließlich aller anderen medizinischen Fachkräfte, die mich oder einen meiner Angehörigen untersucht/behandelt haben, Informationen an den Versicherer zu erteilen, die er im Zusammenhang mit einem Erstattungsantrag im Rahmen dieses Versicherungsplans benötigt. Ich akzeptiere, dass wenn ich die Informationen, die im Bereich der ärztlichen Auskunft erforderlich sind, nicht zur Verfügung stelle, im Falle eines Erstattungsantrages von mir oder einem meiner Angehörigen, welcher im Rahmen dieses Versicherungsplans geltend gemacht wird, der als Vorerkrankung angesehen werden könnte oder mit einer Vorerkrankung im Zusammenhang stehen könnte, vom Versicherer eine Ablehnung erhalten könnte.

I/We hereby apply to be covered under the selected International Worldwide Policy mediated by VfA International together with the dependants listed in this application and accept the outsourcing arrangements between the insurer and the outsourced services providers.. I/We declare that the statements made on this application form and any additional information supplied as part of this application is full and accurate.

I have been provided with the Insurance Conditions before making this application. I/We shall read the Policy documents when I receive them and agree that I, and any other dependants included in this application, will be bound exclusively by the terms and conditions of the Policy. This agreement shall constitute the entire agreement between the parties. I/We understand and accept the information provided in the underwriting section of the Worldwide brochure. I/We understand that this application is subject to acceptance by the insurer and the medical information provided may result in Policy endorsement(s) being applied or in some circumstances the insurer being unable to offer cover. I authorise and request the doctor named in this application and/or any other medical establishment, including any other health professional who has attended me and any of my dependants included under this plan for treatment of a medical condition, to provide the insurer with the information it may need in connection to any claim made under this plan.

I accept, if I do not provide the information required in the medical practitioner section that, in the event of a claim being made by me, or any of my dependants included under this plan, which is deemed as being treatment for a pre-existing medical or related medical condition by the insurer such claim will be rejected.

Unterschrift:

Signed:

Datum:

Date: