

Sie möchten den Aufnahmeantrag für April International ausfüllen?

Mein Angebot für Sie:

Versicherungsanträge auszufüllen ist immer eine Herausforderung. Manchmal ist unklar, welche Informationen genau vom Versicherer gefragt sind oder wie sich Ihr Anliegen in Worte fassen lässt. Daher möchte ich Sie gerne zu einem Termin einladen, in dem wir den Antrag gemeinsam ausfüllen. Dieser Service ist für Sie kostenfrei!

Also lassen Sie uns gerne gemeinsam einen Blick auf den Antrag werfen! Rufen Sie mich einfach an (+49 (0) 228 / 33 88 77 0) oder geben Sie mir Bescheid, wann ich Sie unter welcher Nummer erreichen kann. Gerne auch per WhatsApp-Anruf.

Wichtig: Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag nicht an April International, sondern direkt an mich. Per Mail an team@expertensicher.de.

Warum ist das wichtig? Ich prüfe für Sie dann den Antrag vorab. Sollte etwas fehlen oder unklar sein, melde ich mich umgehend bei Ihnen. Wenn alles okay ist, leite ich Ihre Antragsunterlagen an den Versicherer zur endgültigen Prüfung weiter. Für Sie überwache ich dann die gesamte Antragsstellung, bin mit dem Versicherer in Kontakt und informiere Sie umgehend, sobald mir eine Info vorliegt.

Aber auch später bin ich für Sie da. Wenn Sie mal eine Frage haben, sich Ihre Situation ändert, wenn es mal bei der Kostenerstattung hapert oder Sie zurück nach Deutschland kommen und den Vertrag kündigen müssen.

Ich freue mich auf unser Gespräch.

Viele Grüße aus Niederkassel

Hans Walter Schäfer



A + E GmbH Versicherungsmakler

Adresse: Domstr. 9 a, 53859 Niederkassel, Germany

Telefon: +49 (0) 228 / 33 88 77 0

Videocalls: über Zoom nach Absprache

E-Mail: team@expertensicher.de

Web: www.auslandstreff.de



MyHealth International

Aufnahmeantrag 2024



Sind Sie bereits Kunde bei APRIL International Care France? JA NEIN

Antragsnummer:

Wenn ja, tragen Sie bitte Ihre Kundennummer ein:

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN
VERSICHERTE(N)
Identität der zu versichernden Person/Personen

 Anrede des **Hauptversicherten**: Frau Herr

Geburtsdatum:

 Name des **Hauptversicherten**:

 Geburtsname des **Hauptversicherten**:

 Vorname(n) des **Hauptversicherten**:

Land der Staatsangehörigkeit:

Exakte Berufsbezeichnung:

Branche:

Sozialversicherungsnummer:

Schlüssel:

(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)

 Sind Sie oder einer Ihrer Angehörigen eine **politisch exponierte Person***?: JA NEIN

E-Mail:

► INFORMATIONEN ÜBER IHRE AKTUELLE INTERNATIONALE KRANKENVERSICHERUNG
 Keine

 Lokale gesetzliche Krankenversicherung

 Private Krankenversicherung

• Name des Versicherers:

• Datum des Inkrafttretens Ihres Vertrages (MM/JJJJ):

• Enddatum Ihres Vertrages (MM/JJJJ):

 Anrede des **Ehe-/Partners**: Frau Herr

Geburtsdatum:

 Name des **Ehe-/Partners**:

 Geburtsname des **Ehe-/Partners**:

 Vorname(n) des **Ehe-/Partners**:

Land der Staatsangehörigkeit:

Exakte Berufsbezeichnung:

Branche:

Sozialversicherungsnummer:

Schlüssel:

(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)

 Sind Sie oder einer Ihrer Angehörigen eine **politisch exponierte Person***?: JA NEIN

E-Mail:

 Name des **1. unterhaltspflichtigen Kindes**:

 Vorname(n) des **1. unterhaltspflichtigen Kindes**:

Geburtsdatum:

 Geschlecht: Männlich Weiblich

Land der Staatsangehörigkeit:

Sozialversicherungsnummer:

Schlüssel:

(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)

*Person, die eine hohe politische, richterliche oder administrative Funktion für eine öffentliche internationale Institution ausübt oder seit weniger als einem Jahr ausgeübt hat.



Name des **2. unterhaltspflichtigen Kindes**:Vorname(n) des **2. unterhaltspflichtigen Kindes**:

Geburtsdatum:

 / / Geschlecht: Männlich Weiblich

Land der Staatsangehörigkeit:

Sozialversicherungsnummer:

 Schlüssel: *(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)*Name des **3. unterhaltspflichtigen Kindes**:Vorname(n) des **3. unterhaltspflichtigen Kindes**:

Geburtsdatum:

 / / Geschlecht: Männlich Weiblich

Land der Staatsangehörigkeit:

Sozialversicherungsnummer:

 Schlüssel: *(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)*Name des **4. unterhaltspflichtigen Kindes**:Vorname(n) des **4. unterhaltspflichtigen Kindes**:

Geburtsdatum:

 / / Geschlecht: Männlich Weiblich

Land der Staatsangehörigkeit:

Sozialversicherungsnummer:

 Schlüssel: *(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)*Name des **5. unterhaltspflichtigen Kindes**:Vorname(n) des **5. unterhaltspflichtigen Kindes**:

Geburtsdatum:

 / / Geschlecht: Männlich Weiblich

Land der Staatsangehörigkeit:

Sozialversicherungsnummer:

 Schlüssel: *(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)*Name des **6. unterhaltspflichtigen Kindes**:Vorname(n) des **6. unterhaltspflichtigen Kindes**:

Geburtsdatum:

 / / Geschlecht: Männlich Weiblich

Land der Staatsangehörigkeit:

Sozialversicherungsnummer:

 Schlüssel: *(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)*

1



HAUPTVERSICHERTER**Gewünschte Postanschrift**

Adresse:

Postleitzahl: Stadt:

Staat/Region/Land:

Land:

Festnetz: + Mobil: +

VERSICHERUNGSNEHMER (BEITRAGSZAHLER)

- Der Hauptversicherte ist der Versicherungsnehmer**
(in diesem Fall müssen die nachfolgenden Adressfelder nicht ausgefüllt werden)
- Der Versicherungsnehmer ist nicht der Hauptversicherte**

Privatkunde

Anrede: Frau Herr

Name:

Geburtsname:

Vorname:

Geschäftskunde

Firmenname:

Wirtschaftlicher Eigentümer des Unternehmens:

Anrede: Frau Herr

Name:

Geburtsname:

Vorname:

Bitte fügen Sie eine Kopie der Erklärung zu dem/den wirtschaftlichen Berechtigten (Ultimate Beneficial Owner – UBO) bei.

Geburtsdatum: / /

Land der Staatsangehörigkeit:

Adresse:

Postleitzahl: Stadt:

Bundesland/Staat/Region:

Land:

Festnetz: + Mobil: +

E-Mail:

GEWÜNSCHTE ART DER ERSTATTUNG FÜR HEILBEHANDLUNGSKOSTEN:

- per Überweisung auf ein Konto in Deutschland
- per Überweisung auf ein Konto in den USA
- per Überweisung auf ein Konto in einem anderen Land

Je nachdem, wo Ihr Bankkonto geführt wird, kann Ihre Bank Gebühren berechnen. Die Erstattung erfolgt in der Währung, in der Ihr Vertrag verwaltet wird, d. h. in € oder US\$ (s. Allgemeine Versicherungsbedingungen Art. 5. BEITRÄGE).

Kontoinhaber:

IBAN: BIC/SWIFT:

Zusätzlicher Code (ABA für ein Konto in den USA, BSB für ein Konto in Australien usw.):

Bitte fügen Sie ein offizielles Dokument Ihrer Bank bei, aus der Ihre vollständige Bankverbindung hervorgeht.



5

Gewünschtes Datum des Inkrafttretens: / /

(Vorbehaltlich der Genehmigung des Antrages und frühestens am auf den Eingang des Aufnahmeantrages folgenden Tag. Wenn für Ihren Antrag eine Gesundheitsprüfung notwendig ist, beginnt Ihr Vertrag frühestens am Tag der Unterzeichnung der übermittelten Aufnahmebedingungen.)

IHR VERSICHERUNGSSCHUTZ:

► **GELTUNGSBEREICH:**

Ihr Hauptzielland:

Ihre Erweiterung: Weltweit Keine Erweiterung

Weitere Länder:

► **WÄHRUNG:** € oder US\$

- **ART DES VERSICHERUNGSSCHUTZES:** Krankenvollversicherung
 in Ergänzung der CFE (Caisse des Français à l'Étranger)
 in Ergänzung der französischen Sozialversicherung

► **GEWÜNSCHTER TARIF FÜR DIE KRANKENVERSICHERUNG:**

GEWÜNSCHTE LEISTUNGEN	EMERGENCY	BASIC*	ESSENTIAL	COMFORT	PREMIUM
Nur stationäre Heilbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stationäre + ambulante Heilbehandlung	—	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stationäre + ambulante Heilbehandlung + Sehhilfen/Zahnmedizin	—	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stationäre + ambulante Heilbehandlung + Schwangerschaft	—	—	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stationäre + ambulante Heilbehandlung + Schwangerschaft + Sehhilfen/Zahnmedizin	—	—	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Nicht verfügbar, wenn Sie sich für eine Abdeckung in den Vereinigten Staaten, den Bahamas, Puerto Rico oder für eine weltweite Abdeckung entscheiden.

► **SELBSTBEHALT UND HÖHE DER ERSTATTUNGEN:**

SELBSTBEHALT	Kein Selbstbehalt	500 €/US\$	1 000 €/US\$	2 500 €/US\$	5 000 €/US\$
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ODER					
HÖHE DER ERSTATTUNGEN	100% der tatsächlichen Kosten	90% der tatsächlichen Kosten	80% der tatsächlichen Kosten		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

► Jahresbeitrag (inkl. aller Steuern): ,

UMFASSENDE ASSISTANCE-VERSICHERUNG UND PRIVATE HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

► Jahresbeitrag (inkl. aller Steuern): ,

6



Berechnung und Zahlungsweise des Versicherungsbeitrags:

GEWÜNSCHTES ZAHLUNGSINTERVALL	Wählen Sie Ihre Zahlungsweise unter den folgenden Optionen aus:			
	SEPA-Lastschrift von einem in Euro geführten Bankkonto	Kreditkarte (Eurocard-Mastercard, Visa und American Express)	PayPal	Banküberweisung
WÄHRUNG	Zahlung nur in Euro möglich	<input type="radio"/> € <input type="radio"/> US\$	<input type="radio"/> € <input type="radio"/> US\$	<input type="radio"/> € <input type="radio"/> US\$
Zahlung in US\$ nur für Verträge, die in dieser Währung abgeschlossen werden				
Jährliche Zahlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halbjährliche Zahlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 20 €/ \$ Ratenzuschlag pro Halbjahr, entspricht 40 €/ \$ pro Jahr	<input type="radio"/> 20 €/ \$ Ratenzuschlag pro Halbjahr, entspricht 40 €/ \$ pro Jahr	<input type="radio"/> 20 €/ \$ Ratenzuschlag pro Halbjahr, entspricht 40 €/ \$ pro Jahr
Vierteljährliche Zahlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 20 €/ \$ Ratenzuschlag pro Quartal, entspricht 80 €/ \$ pro Jahr	<input type="radio"/> 20 €/ \$ Ratenzuschlag pro Quartal, entspricht 80 €/ \$ pro Jahr	<input type="radio"/> 20 €/ \$ Ratenzuschlag pro Quartal, entspricht 80 €/ \$ pro Jahr
Monatliche Zahlung	<input type="radio"/>	—	—	—

► BERECHNUNG DES JAHRESBEITRAGES

Jahresbeitrag inkl. Geb. (lt. übermitteltem Angebot):

 ,

Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft in die Association des Assurés APRIL ergänzend zu den ausgewählten Leistungen:

+

 3 , 0 0

Ratenzuschlag (außer bei SEPA-Lastschrift oder jährlicher Zahlung):

+

 ,

Gesamtjahresbeitrag*:

 ,

*Die Höhe der Beiträge kann gemäß der versicherungstechnischen Ergebnisse der Versichertengruppe am jährlichen Fälligkeitsdatum neu bestimmt werden.

Ihr erster Beitrag:

 ,

Ihr erster Beitrag entspricht der ersten Rate des Gesamtjahresbeitrages.

Bei Auswahl der Beitragszahlung per Banküberweisung, Kreditkarte oder PayPal beachten Sie bitte, dass es in Ihrer Verantwortung liegt, die Zahlung fristgerecht zu jeder Fälligkeit vorzunehmen.

Bei Auswahl der Beitragszahlung per SEPA-Lastschrift füllen Sie bitte die SEPA-Einzugsermächtigung auf Seite 16 aus. Bitte fügen Sie der Einzugsermächtigung ein offizielles Dokument Ihrer Bank bei, aus der Ihre vollständige Bankverbindung hervorgeht.

Ihre Beitragsrechnungen stehen in elektronischem Format zur Verfügung. Sie werden Ihnen per E-Mail zugestellt und sind online in Ihrem Kundenkonto einsehbar.



UNTERZEICHNUNG DES AUFNAHMEANTRAGES

Ich beantrage meine Aufnahme in die Association des Assurés APRIL im Rahmen der abgeschlossenen Vereinbarungen mit Groupama Gan Vie für die Krankenversicherung, die Sterbe- und Pflegekapitalversicherung und die Krankentagegeldversicherung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit und mit CHUBB für die Assistance-Versicherung und die Privathaftpflichtversicherung für die auf dem Aufnahmeantrag genannten Versicherten. Ich erkläre, die Satzung der Association des Assurés APRIL zur Kenntnis genommen zu haben (in den allgemeinen Versicherungsbedingungen verfügbar).

Ich erkläre, das Informationsblatt zum Versicherungsprodukt MHCovIPID, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (mit der Bezeichnung MHI Cov24A, die den Status eines Informationsschreibens haben) zur Kenntnis genommen zu haben, insbesondere mein Recht auf Rücktritt. Ich erkläre weiter, diese Bedingungen anzuerkennen und ein Exemplar davon in Verwahrung genommen zu haben. Ich erkenne die Bedingungen an, die für die Verwaltungsgeschäfte von APRIL International Care France gelten. Mein Vertrag verlängert sich stillschweigend am Datum der Jährung für die Dauer von einem Jahr.

Bei Änderung meines Vertrages durch Nachtrag nehme ich zur Kenntnis, dass die o. g. Allgemeinen Versicherungsbedingungen die geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind.

Ich erkenne an, dass APRIL International Care France dazu veranlasst sein kann personenbezogene Daten von mir zu erheben. Informationen über die Verarbeitung dieser Daten und darüber, wie ich meine Rechte über diese Daten ausüben kann, befinden sich in dem Informationsblatt - Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (Datenschutzerklärung), das mir ausgehändigt wurde.

Ich erkenne an, dass mich der Abschluss dieses Vertrages nicht von den Beiträgen zu den gesetzlichen Versicherungen befreit, deren Versicherter ich u. U. bin.

Ich erkenne an, dass die Erstattungen oder Entschädigungen für Kosten, die durch eine Krankheit, eine Schwangerschaft oder einen Unfall entstanden sind, nicht höher sein können als die Beträge, die mir in Rechnung gestellt wurden. Ich bin damit einverstanden, dass mich APRIL International Care France auffordert, gleichwertigen Versicherungsschutz anzuzeigen, den ich eventuell mit anderen Versicherungsorganen vereinbart habe, und dass für bestimmte Leistungen Wartezeiten gelten.

Ich erkenne an, dass die Versicherer keine Kosten übernehmen, die unter Berücksichtigung des Ortes, an dem sie angefallen sind, als unvernünftig und ungewöhnlich gelten.

Im Rahmen meines Vertragsabschlusses in Ergänzung zur französischen Sozialversicherung kann ich jederzeit der Weitergabe von Informationen, die meine obligatorische Krankenversicherung besitzt und die meine in Anspruch genommenen Leistungen widerspiegeln, durch diese an APRIL International Care France schriftlich widersprechen.

9 Im Rahmen eines Abschlusses des Vertrages ohne Selbstbehalt in Euro oder Dollar verpflichte ich mich, APRIL International Care France alle Beträge zu erstatten, die mir von anderen Einrichtungen der Sozialversicherung und/oder einer Zusatzversicherung oder einer Vorsorgeinstitution erstattet werden.

Ich erkenne an, dass für die im Rahmen dieses Vertrages vorvertraglichen und vertraglichen Beziehungen das französische Recht und die französische Sprache maßgeblich sind.

Ich als Unterzeichner(in) bestätige, die gestellten Fragen persönlich genau und richtig beantwortet zu haben, nichts Weiteres erklären zu müssen bzw. keine Erklärungen unterlassen zu haben, die den Versicherer irreführen könnten. Ich bestätige, darüber informiert zu sein, dass bei Verschweigen von Tatsachen oder falschen Angaben die lt. Art. L113-8 und L113-9 [frz.] Versicherungsgesetz vorgesehenen Sanktionen zur Anwendung kommen.

Ich möchte Informationen über die Angebote der Partner von APRIL per E-Mail erhalten.

Ausgefertigt in am / /

(Wir können einen in den USA unterschriebenen Antrag nicht akzeptieren.)

Unterschrift des Hauptversicherten: Bitte stellen Sie Ihrer Unterschrift den handschriftlichen Vermerk „Gelesen und genehmigt“ voran:

Unterschrift des Lebenspartners/der Lebenspartnerin: Bitte stellen Sie Ihrer Unterschrift den handschriftlichen Vermerk „Gelesen und genehmigt“ voran:

Unterschrift des Versicherungsnehmers (wenn vom Hauptversicherten abweichend): Bitte stellen Sie Ihrer Unterschrift den handschriftlichen Vermerk „Gelesen und genehmigt“ voran:

Um Kinder unter 18 Jahren zu versichern, muss der Versicherungsnehmer den Aufnahmeantrag unterschreiben und Elternteil, gesetzlicher Vormund oder Erziehungsberechtigter sein.



Name: Geburtsname: Vorname(n):
 Geburtsdatum (TTMMJJJJ): / / Land der Staatsangehörigkeit:

SEHR WICHTIG

Dieser Gesundheitsfragebogen ist für einen Zeitraum von max. 3 Monate gültig.

Wenn Ihr Vertrag zum Beispiel am 01.04. in Kraft treten soll, können Sie diesen Fragebogen zwischen dem 01.01. und dem 31.03. ausfüllen und unterschreiben. Jede zu versichernde Person muss einen Fragebogen ausfüllen. Wenn der Vertrag mehr als zwei zu versichernde Personen umfasst, fertigen Sie bitte eine Fotokopie des Fragebogens an.

Die Fragen 6) und 9) sind für minderjährige Kinder nicht auszufüllen.

Die Fragen 3c), 3d), 4 und 7 müssen nicht ausgefüllt werden, wenn Sie den Tarif Emergency abschließen möchten.



1 ART. L.112-8 [FRZ.] VERSICHERUNGSGESETZ : Unabhängig von den normalen Nichtigkeitsbedingungen und vorbehaltlich der Bestimmungen von Art. L.132-26 ist der Versicherungsvertrag bei Verschweigen von Tatsachen oder bewusst falschen Angaben von Seiten des Versicherten nichtig, wenn sich aufgrund dieses Verschweigens oder dieser falschen Angabe der Gegenstand des Risikos oder dessen Beurteilung für den Versicherer ändert, auch wenn das vom Versicherten verschwiegene oder falsch dargestellte Risiko für den Schaden ohne Belang war.

2 LESEN SIE SICH DEN FOLGENDEN FRAGEBOGEN SEHR GENAU DURCH: Wir weisen Sie ausdrücklich auf die Bedeutung dieses Fragebogens hin, der unbedingt vollständig beantwortet, datiert und unterschrieben werden muss. Der Vertrauensarzt behält sich das Recht vor, Ihre behandelnden Ärzte jederzeit, vor allem vor Durchführung einer Erstattung oder Ausstellung einer Genehmigung für einen Krankenhausaufenthalt, aufzufordern, die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Gesundheitsfragebogen bereitgestellten Informationen zu bestätigen und uns zu versichern, dass die während der Behandlung festgestellten Erkrankungen nicht widersprüchlich oder inkohärent gegenüber den Informationen sind, die bei Vertragsabschluss angegeben wurden.

3 VERTRAULICHKEIT: Unabhängig davon, welche Angaben Sie in dem Gesundheitsfragebogen machen, bitten wir Sie, uns diesen mit Ihrem Aufnahmeantrag in einem versiegelten Umschlag mit dem Hinweis „**ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT**“ an den Vertrauensarzt gemeinsam mit allen medizinischen Unterlagen, welche die Prüfung Ihres Antrages unterstützen können, an die folgende Adresse zu schicken:

APRIL International Care France
Service Courier - À l'attention du Médecin Conseil - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

IHRE GRÖSSE: Zentimeter Kilogramm ODER Inch Pounds

			NUR BEI POSITIVER ANTWORT AUSZUFÜLLEN
1	Werden oder wurden in den letzten 15 Jahren die Kosten einer langwierigen und schweren (oder chronische) Krankheit zu 100% von einem Krankenversicherungsträger übernommen?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Grund:
			Datum:
			Dauer:
2	Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einer Klinik stationär behandelt oder operiert, inkl. durch Endoskopie (andere Eingriffe als Kaiserschnitt, benigne Appendektomie, Weisheitszähne, Entfernung der Mandeln oder von Wucherungen in der Kindheit oder andere)?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Grund des/der stationären Aufenthaltes/Aufenthalte:
			Datum:
			Art des/der chirurgischen Eingriffes/Eingriffe:
			Datum:
			Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Wenn JA, welche?



Name: Geburtsname: Vorname(n):
 Geburtsdatum (TTMMJJJJ): / / Land der Staatsangehörigkeit:

3	<p>a) Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Arzt konsultiert wegen einer Beeinträchtigung der Knochen, Sehnen, Bänder, Gelenke oder einer rheumatischen Beeinträchtigung, einschließlich der Beeinträchtigungen der Wirbelsäule (Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Zervikalgie, Ischialgie oder sonstige) oder sonstige Beeinträchtigungen des Typs Fibromyalgie?</p>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung: <hr/> Datum: <hr/> Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Wenn JA , welche?
	<p>b) Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Arzt konsultiert wegen psychischen Störungen (Beispiele: Angst, Depression, Überlastung, Burnout, Psychose oder sonstige psychische und/oder psychiatrische Störungen)?</p>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung: <hr/> Datum: <hr/> Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Wenn JA , welche?
	<p>c) Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Arzt konsultiert wegen einer Herz-Kreislauf-Störung (Beispiele: Bluthochdruck, Lungenembolie, Herzrhythmusstörung, Venenentzündung, Infarkt, Schlaganfall) oder wegen einer anderen Beeinträchtigung des Herzens und/oder des Kreislaufes?</p>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung: <hr/> Datum: <hr/> Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Wenn JA , welche?
	<p>d) Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Arzt konsultiert wegen Atembeschwerden (Beispiele: Asthma, rezidivierende oder chronische Bronchitis oder sonstige Erkrankungen der Atemwege), die nicht zu den jahreszeitlich bedingten akuten Erkrankungen gehören?</p>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung: <hr/> Datum: <hr/> Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant? <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA Wenn JA , welche?
4	Haben Sie einen Test für HIV-Seropositivität (AIDS), Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) durchführen lassen, dessen Ergebnis „ POSITIV “ war?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Wenn JA , welche? <hr/> Datum:



Name: Geburtsname: Vorname(n):
 Geburtsdatum (TTMMJJJJ): / / Land der Staatsangehörigkeit:

5	Wurden Sie in den letzten 5 Jahren länger als 30 Tage auf ärztliche Verordnung medizinisch behandelt?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Grund/Gründe:
			Art der Behandlung:
			Datum:
			Dauer:
6	Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 30 Tage (ganz oder teilweise) aus gesundheitlichen Gründen auf ärztliche Verordnung der Arbeit freigestellt (gesetzlicher Urlaub und Schwangerschaft ausgenommen)?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Wenn JA : Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/>
			Art:
			Datum:
			Dauer:
7	Sind Sie derzeit krank und/oder haben Beschwerden bzw. werden Sie medizinisch behandelt?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Art der Krankheit oder der Beschwerden:
			Datum/Jahr des Auftretens:
			Art der medizinischen Behandlung:
			Seit wann (TTMMJJJJ): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
8	Erhalten Sie derzeit eine regelmäßige oder 30 Tage andauernde und ärztlich verordnete medizinische Behandlung?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Grund/Gründe:
			Art der medizinischen Behandlung:
			Seit wann (TTMMJJJJ): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			Grund:
9	Haben Sie eine Pension, Rente oder Zuwendung aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Seit wann (TTMMJJJJ): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			Grund:
10	Haben Sie eine Missbildung oder eine Behinderung?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Seit wann (TTMMJJJJ): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>



Name: Geburtsname: Vorname(n):
 Geburtsdatum (TTMMJJJJ): / / Land der Staatsangehörigkeit:

SIND IN DEN NÄCHSTEN 12 MONATEN GEPLANT:		
11	a) Medizinische Untersuchungen (Labor, medizinische Bildgebung, Endoskopie oder sonstige medizinische Untersuchungen)?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
		Grund:
		Art der Untersuchungen:
		Datum:
11	b) Facharztkonsultationen?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
		Grund:
		Datum:
11	c) Operationen?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA
		Grund:
		Art der Operation:
		Datum:

Hinweise bei positiver Antwort (JA) auf eine der Fragen:

Um die Bearbeitung Ihres Antrages zu erleichtern, geben Sie uns bitte hier so viele Details wie möglich über die in dem Gesundheitsfragebogen genannten Krankheiten und Beschwerden. Fügen Sie ebenfalls die Kopien von **allen ARZTBERICHTEN bzw. ERGÄNZENDEN UNTERLAGEN** bei, die unseren Ärzten helfen könnten, Ihren Antrag schnellstmöglich zu bearbeiten: **Krankenhausberichte, Operationsberichte, Ergebnisse und Berichte der durchgeführten Zusatzuntersuchungen und -analysen (Biologie, Radiologie, Fachuntersuchungen, etc.), die Berichte der letzten Arztbesuche, die letzten medizinischen Verschreibungen, ärztliche Atteste, etc..**

Sollten Sie an einer Krankheit leiden, die Sie nicht bei den vorherigen Fragen angeben konnten, geben Sie diese nun nachfolgend an:

! Konsequenzen im Fall einer falschen oder unvollständigen Erklärung: Bevor Sie diesen Gesundheitsfragebogen unterschreiben, bitten wir Sie, Ihre Erklärungen mit größter Sorgfalt noch einmal durchzulesen, da jede Weglassung Ihrerseits zu einer Ablehnung der Erstattung Ihrer Heilbehandlungskosten und der Kündigung Ihrer Leistungen führen kann.

Ich bestätige die Richtigkeit und Genauigkeit dieser Erklärungen. Ich genehmige ausdrücklich das Sammeln und Auswerten der Daten über meine Gesundheit, die für die Verwaltung meines Vertrages und meiner Versicherungen notwendig sind, wobei diese Daten unter Einhaltung der Regeln durchgeführt werden, die für die ärztliche Schweigepflicht gelten. Sie sind ausschließlich für den Vertrauensarzt bestimmt, den Medizinischen Dienst bzw. die internen oder externen Personen mit spezieller Berechtigung. Diese Daten können auch von berechtigten Personen im Rahmen der Betrugsbekämpfung verwendet werden. Ich verfüge über ein Recht auf Zugriff, Berichtigung und Löschung, welches ich mit Postbrief, der Fotokopie eines Identitätsausweises beiliegend, beim Vertrauensarzt an der oben genannten Adresse ausüben kann.

Ausgefertigt in am (TTMMJJJJ): / /

Unterschrift des Hauptversicherten:
 Unterschrift des gesetzlichen Vertreters für minderjährige Versicherte:
 Bitte stellen Sie Ihrer Unterschrift den handschriftlichen Vermerk „Gelesen und genehmigt“ voran



Wenn Sie Ihren Aufnahmeantrag widerrufen möchten, können Sie das folgende abtrennbare Formular verwenden und an APRIL International Care France – Postabteilung – 1 rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – FRANKREICH schicken.

Article L.112-9: „Jede natürliche Person, die in ihrer Wohnung, an ihrem Wohnsitz, an ihrem Arbeitsplatz bei Fernabsatz per Telefon oder per Internet, selbst auf ihre Bitte, Gegenstand eines Haustürgeschäftes ist und in diesem Rahmen ein Versicherungsangebot oder einen Vertrag unterzeichnet, dessen Gegenstand nicht in den Rahmen ihrer Geschäfts- oder Berufstätigkeit fällt, kann diesen per einfachem Einschreiben innerhalb einer Frist von vierzehn vollen Kalendertagen ab dem Tag des Vertragsschlusses ohne Begründung und straffrei widerrufen.“

Article L.132-5-1: „Jede natürliche Person, die ein Angebot oder einen Vertrag für eine Lebens- oder Kapitalisationsversicherung unterzeichnet hat hat das Recht durch Versand eines Einschreibens oder durch eine elektronische Einschreibesendung mit Rückschein während der Frist von 30 Kalendertagen ab dem Zeitpunkt, an dem ihr bestätigt wurde, dass der Vertrag abgeschlossen wurde, diesen widerrufen. Diese Frist endet am letzten Tag um Mitternacht. Wenn diese Frist an einem Samstag, einem Sonntag, einem Feiertag oder einem arbeitsfreien Tag abläuft, wird sie nicht verlängert.

Der Widerruf hat zur Folge die Rückerstattung durch das Versicherungs- oder das Kapitalisationsunternehmen der Gesamtsumme der gezahlten Beträge des Vertragsnehmers innerhalb einer Frist von 30 Kalendertagen nach Eingang des Einschreibens oder der Versendung der elektronischen Einschreibesendung mit Rückschein. Nach Ablauf dieser Frist, die nicht erstatteten Beträge erzeugen Zinsen mit dem gesetzlichen Zinssatz, zuzüglich der Hälfte, während zwei Monate, und anschließend, nach Ablauf dieser Frist von zwei Monaten mit dem doppelten gesetzlichen Zinssatz.“

Bedingungen: Wenn Sie Ihren Antrag widerrufen wollen, füllen Sie dieses abtrennbare Formular aus und unterschreiben Sie dieses. Schicken Sie es per normalen Postbrief an die obige Adresse. Versenden Sie es spätestens innerhalb einer Frist von 14 Tagen (oder einer Frist von 30 Tagen für die Sterbe- und Pflegekapitalversicherung) ab dem Tag nach dem Datum der Unterzeichnung Ihres Aufnahmeantrages bzw., wenn diese Frist normalerweise an einem Samstag, einem Sonntag oder Feiertag oder einem arbeitsfreien Tag endet, am ersten folgenden Werktag.

Ich, der/die Unterzeichner/in, widerrufe den nachfolgend genannten Aufnahmeantrag:

Name des Vertrages: **MyHealth International Ref. MHI Cov24A**

Vertragsnummer:

Kundennummer:

Datum der Unterzeichnung des Aufnahmeantrages: / /

Name des Versicherungsnehmers:

Vorname des Versicherungsnehmers:

Geburtsdatum des Versicherungsnehmers:

Anschrift des Versicherungsnehmers:

Postleitzahl:

Stadt:

Land:

Telefonnummer:

+

Name des Versicherungsberaters:

Geburtsdatum des Versicherungsberaters:

Anschrift des Versicherungsberaters:

Postleitzahl:

Stadt:

Land:

Telefonnummer:

+

Datum und Unterschrift
des Versicherungsnehmers:

/ /



SEPA-Einzugsermächtigung

(bitte ausfüllen, wenn die Zahlungen durch Lastschrift erfolgen sollen)

Angebots-/Vertragsnummer:

Mandatsreferenz (nicht ausfüllen):

Durch Unterzeichnung dieser Vollmacht bevollmächtigen Sie (A) APRIL International Care France, Anweisungen an Ihre Bank zu schicken, um Ihr Konto zu belasten, und (B) Ihre Bank, Ihr Konto gemäß den Anweisungen von APRIL International Care France zu belasten.

Sie können dieser Lastschrift gemäß den Bedingungen Ihrer Bank widersprechen. Der Widerspruch ist bei genehmigten Lastschriften innerhalb von 8 Wochen nach dem Datum der Belastung Ihres Kontos einzureichen.

Füllen Sie bitte die mit* markierten Felder aus

DATEN DES KONTOINHABERS:

Name des Zahlungspflichtigen*:

Vorname des Zahlungspflichtigen*:

Adresse des Zahlungspflichtigen*:

Postleitzahl*: Stadt*:

Land*:

Angaben des zu belastenden Kontos*:

IBAN-Code:

BIC-Code:

Name der Bank:

Art der Zahlung* (Zutreffendes ankreuzen): Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

ZAHLUNGSEMPFÄNGER:

APRIL International Care France - 14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANKREICH

SEPA-Gläubiger-Identifikationsnummer: FR54ZZZ004082

Unterzeichnet in*:

Datum (TTMMJJJJ)*:

Hinweis: Ihre Rechte, die sich auf diesen Auftrag beziehen, können Sie bei Ihrer Bank in Erfahrung bringen.

Die in diesem Auftrag enthaltenen Informationen werden von APRIL International Care France zur Durchführung Ihrer Lastschriften elektronisch verarbeitet und nur zu diesem Zwecke an Ihre Bank weitergeleitet. Gemäß der Bestimmungen der Verordnung (EU) Nr. 2016/679 vom 27 April 2016 zum Datenschutz, verfügen Sie über ein Recht auf Zugriff, Berechtigung, Löschung, Widerspruch, Begrenzung der Verarbeitung und Übertragbarkeit Ihrer personenbezogenen Daten, sowie über ein Recht auf Festlegung der Richtlinien in Bezug auf die Speicherung, die Löschung und die Weitergabe dieser Daten nach Ihrem Ableben. Sie können diese Rechte ausüben, in dem Sie unseren Datenschutzbeauftragten kontaktieren: dpo.AICF@april.com.

Unterschrift*:

Dieser Bereich wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt

