

Antragsformular

BITTE FÜLLEN SIE DIESES FORMULAR IN DRUCKBUCHSTABEN AUS.

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

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 das Sie medizinisch rücktransportiert werden würden.

Aufenthaltsland: Das Land, in dem Sie (oder Ihre Angehörigen, falls zutreffend) während Ihrer Versicherungszeit die meiste Zeit verbringen/verbringen werden.

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 eine Kopie des gültigen Studentenausweises vorgelegt werden. Wir können Antragsteller nur bis zu dem Tag vor ihrem 65. 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
 Heimatland
 Nationalität
 Aufenthaltsland
 Adresse im Aufenthaltsland (Pflichtfeld)

 Telefon (privat) LÄNDERVORWAHL - ORTSVORWAHL -
 Telefon (geschäftlich) LÄNDERVORWAHL - ORTSVORWAHL -
 Telefon (mobil) LÄNDERVORWAHL - NETZVORWAHL -
 Fax LÄNDERVORWAHL - ORTSVORWAHL -
 E-Mail-Adresse (Pflichtfeld)
 Beruf (Pflichtfeld) (falls Student, bitte angeben)
 In welcher Sprache sollen wir Ihre Versicherungsunterlagen ausstellen?
 Deutsch Englisch Französisch Spanisch Italienisch Portugiesisch

Fortsetzung auf der nächsten Seite.



Ansprechpartner für den Fall, dass dem Hauptversicherten etwas passieren sollte

Name

Adresse

Telefon (privat) LÄNDERVORWAHL — ORTSVORWAHL —

Telefon (mobil) LÄNDERVORWAHL — NETZVORWAHL —

E-Mail-Adresse

Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer Beginndatum

Angehöriger 1

Herr Frau Titel Vorname

Nachname

Geburtsdatum Geschlecht: männlich weiblich

Verhältnis zum Hauptversicherten: Ehegatte/Partner Kind

Beruf (Pflichtfeld) (falls Student, bitte angeben)

Heimatland

Aufenthaltsland

Nationalität

Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer Beginndatum

Angehöriger 2

Herr Frau Titel Vorname

Nachname

Geburtsdatum Geschlecht: männlich weiblich

Verhältnis zum Hauptversicherten: Ehegatte/Partner Kind

Beruf (Pflichtfeld) (falls Student, bitte angeben)

Heimatland

Aufenthaltsland

Nationalität

Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer Beginndatum

Angehöriger 3

Herr Frau Titel Vorname

Nachname

Geburtsdatum Geschlecht: männlich weiblich

Verhältnis zum Hauptversicherten: Ehegatte/Partner Kind

Beruf (Pflichtfeld) (falls Student, bitte angeben)

Heimatland

Aufenthaltsland

Nationalität

Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer Beginndatum

Angehöriger 4

Herr Frau Titel Vorname

Nachname

Geburtsdatum Geschlecht: männlich weiblich

Verhältnis zum Hauptversicherten: Ehegatte/Partner Kind

Beruf (Pflichtfeld) (falls Student, bitte angeben)

Heimatland

Aufenthaltsland

Nationalität

Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer Beginndatum

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:

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

3 Versicherungsschutz

Tarif AS International

Bitte kreuzen Sie den von Ihnen gewünschten Tarif an :

AS International (ohne Selbstbeteiligung) AS International 250 (mit 250€ Selbstbeteiligung pro Person, pro Versicherungsjahr)

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

Die von Ihnen gewählten Tarife können nur bei der Verlängerung Ihres Krankenversicherungsvertrags geändert werden. Wenn Sie den Umfang des Versicherungsschutzes erhöhen möchten (z. B. wenn Sie „Weltweit“ anstatt „Weltweit außer den USA“ wählen möchten), könnten eine medizinische Risikoprüfung und Wartezeiten sowie ein höherer Beitragssatz anfallen.

4 Beitragszahlung

Bitte zahlen Sie Ihre Versicherungsbeiträge erst, nachdem Sie von uns eine Versicherungsnummer erhalten haben.

Die Zahlungswährung ist Euro.

4.1 Zahlungsmethode und Zahlungsfrequenz

Bitte wählen Sie die von Ihnen gewünschte Zahlungsmethode und Zahlungsfrequenz :

	Jährlich	Halbjährlich	Vierteljährlich	Monatlich
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

4.2 Informationen zur Zahlung per Kreditkarte

Bitte füllen Sie die Kreditkarteninformationen auf der letzten Seite dieses Formulars aus. Sobald diese Informationen in unserem System gespeichert sind, wird der Abschnitt vom Antragsformular getrennt und aus Sicherheitsgründen vernichtet.

Ratenzahlungszuschläge und Hinweise

Zahlungen unterliegen den folgenden Zuschlägen:

0% für jährliche Zahlung, **3%** für halbjährliche Zahlung, **4%** für vierteljährliche Zahlung und **5%** für monatliche Zahlung.

- 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 geben Sie bitte immer den Namen des Versicherungsnehmers und die Versicherungsnummer an.
- 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.
- 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 Ausfüllen des relevanten Antragsformulars und der Bestätigung durch unser Risikoprüfungsteam auftreten, werden ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet. Diese sind nicht versichert, wenn sie nicht angegeben werden. **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. Ein vollständig und korrekt ausgefülltes Antragsformular sowie die Angabe aller relevanten Informationen sind Voraussetzung für die Gewährung des Versicherungsschutzes.

6 Gesundheitsangaben

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen auf Basis Ihrer gesamten medizinischen Vergangenheit. **Alle wesentlichen Fakten (Fakten, die die Bewertung und Annahme dieses Antrags durch den Versicherer beeinflussen) müssen angegeben werden.** Falsche Angaben oder das Weglassen von Angaben können 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 <input type="text"/> kg <input type="text"/>	cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>	cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>	cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>	cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>
2. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate Tabakprodukte konsumiert? Wenn ja, geben Sie bitte Ihren täglichen Konsum an.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
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, falls Sie nichts zu sich nehmen, bitte „keine“ angeben)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Litten Sie jemals unter, waren im Krankenhaus, oder haben Behandlungen oder Untersuchungen durchführen müssen aufgrund von:					
(a) Rheuma, Gicht, Arthritis, Lähmungen, Erkrankungen der Muskeln oder der Gelenke, oder jeglicher Form von Nacken- oder Rückenbeschwerden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
(b) Epilepsie oder anderen neurologischen Störungen, wie z. B. Migräne, Multiple Sklerose oder Nervenleiden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
(c) Jeglicher Art von Verdauungsstörungen einschließlich Speiseröhren-, Magen-, Leber- oder Darmproblemen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
(d) Angstzuständen, Depressionen, einem Chronischen Erschöpfungssyndrom, psychologischen, psychiatrischen oder anderen Geisteskrankheiten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
(e) Fortpflanzungs-, gynäkologischen oder Genitalproblemen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
(f) Jeglicher Störungen der Nieren, der Harn- oder der Gallenblase, oder der Bauchspeicheldrüse einschließlich Diabetes?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
(g) Jeglicher Art von Geschwülsten, Knoten, Zysten, Muttermalen oder Krebs?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
(h) Jeglicher Art von Augen-, Ohren-, Nasen-, Schilddrüsen- oder Hauterkrankungen wie z. B. Akne, Ekzeme oder Dermatitis? Falls Sie eine Brille oder Kontaktlinsen tragen, geben Sie bitte an: - Beschwerden - Dioptrienwerte für jedes Auge	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(i) Jeglicher Art von Herzerkrankung, Herzgeräuschen, Brustschmerzen, Schlaganfall, Blutungen, Blutgerinnsel, Blutkrankheiten, erhöhtem Blutdruck oder erhöhten Cholesterinwerten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
(j) Asthma, chronischer Bronchitis oder anderen Atemwegserkrankungen wie z. B. Rhinitis, Nebenhöhlenentzündung oder Allergien?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Name	Frage-Nr.	Diagnose	Erstmaliges Auftreten	Häufigkeit und schwere der Symptome	Letztmaliges Auftreten	Untersuchungsergebnisse	Vergangene/derzeitige Behandlungen oder Genesungsprozesse

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: | |

Seit wann sind Sie ein Patient des genannten Arztes: | |

7 Angaben für die Zahnversicherung

	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 <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
b) Fehlen Ihnen Zähne, ist bei Ihnen Zahnersatz vorhanden (Kronen, Inlays, Implantate, Brücken oder Füllungen)? Wenn ja, geben Sie bitte jeweils Art und Anzahl an, einschließlich der Anzahl der Zähne die überbrückt/-kront sind.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	<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"/>	<input type="text"/>
c) Leiden Sie an einer Parodontose?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Falls Sie auf die Frage a) mit „Ja“ geantwortet haben, füllen Sie bitte einen Zahnfragebogen aus, den Sie von unserer Website www.allianzworldwidecare.com/members herunterladen oder bei Ihrem Versicherungsmakler anfordern können.

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.

Informationen zur Zahlung per Kreditkarte

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

Kreditkarte MasterCard VISA
Kartennummer _____ - _____ - _____
Gültig bis | |

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 | |

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Antragsformular an die unten genannte Adresse:

A + E GmbH Versicherungsmakler
Rudolf-Diesel-Str. 1
D-53859 Niederkassel
Deutschland
Tel: + 49 (0)228 3388 770
Fax: + 49 (0)228 3388 772
E-Mail: team@expertensicher.de

Allianz Worldwide Care
18B Beckett Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12
Irland

Helpline: + 353 1 630 1301
Fax: + 353 1 629 7117
E-Mail: underwriting@allianzworldwidecare.com
Website: www.allianzworldwidecare.com

Ausfüllhilfe und Checkliste

Für die Tarife AS International und AS International 250

Das geschieht mit Ihrem Antrag wenn dieser bei uns eingeht!

1. Ihr Antrag wird innerhalb von 2 Werktagen auf Vollständigkeit geprüft. In dieser Zeit erhalten Sie von uns Antwort ob alles korrekt ausgefüllt ist oder ob ggf. noch etwas fehlt.
2. Nur Vollständige Anträge können wir an den Versicherer weiterleiten. Dieser macht dann die Risikoprüfung und Annahme, dies dauert in der Regel 5-10 Werktrage.
3. Wird der Antrag angenommen, so erhalten wir von dem Versicherer den Versicherungsschein, den wir Ihnen umgehend per Mail zukommen lassen. Dies ist für Sie die Bestätigung das der Antrag angenommen wurde.
4. Die original Versicherungsunterlagen werden direkt vom Versicherer per Post an Sie gesendet.
5. Gibt es von Seiten des Versicherers noch Rückfragen oder es werden noch Informationen benötigt, so setzen wir uns direkt mit Ihnen in Verbindung.

Ausfüllhilfe

→ Antrag auf Krankenversicherung

Wichtig: Gesundheitsfragen richtig und vollständig beantworten, Unterschrift des Antragstellers und der versicherten volljährigen Personen, Zahlungsweise und Art ausgefüllt, Beginn und Tarif bitte unbedingt eintragen.

→ Zahnbehandlungsformular

Ist nur auszufüllen, wenn im Antrag einer der Gesundheitsfragen Nr. 7 a) + b) mit „Ja“ beantwortet wurde. Das Formular ist von einem Zahnarzt auszufüllen. Die Kosten übernimmt der Antragsteller

→ Ärztliches Zeugnis

ist notwendig ab dem 50. Lebensjahr, die Untersuchung muss von einem zugelassenen Arzt oder Krankenhaus durchgeführt werden. Muss nicht in Deutschland sein, kann auch im Ausland gemacht werden.

→ Wie und wohin sollen Sie Ihren Antrag schicken:

per Fax an 0049 (0) 228- 33 88 77 22, per E-Mail an team@expertensicher.de oder per Post an:

A + E GmbH Versicherungsmakler
Abteilung Antrag
Rudolf – Diesel - Str. 10
53859 Niederkassel Germany

Wie können wir Sie erreichen?

Tel.: _____

Fax: _____

E-Mail: _____