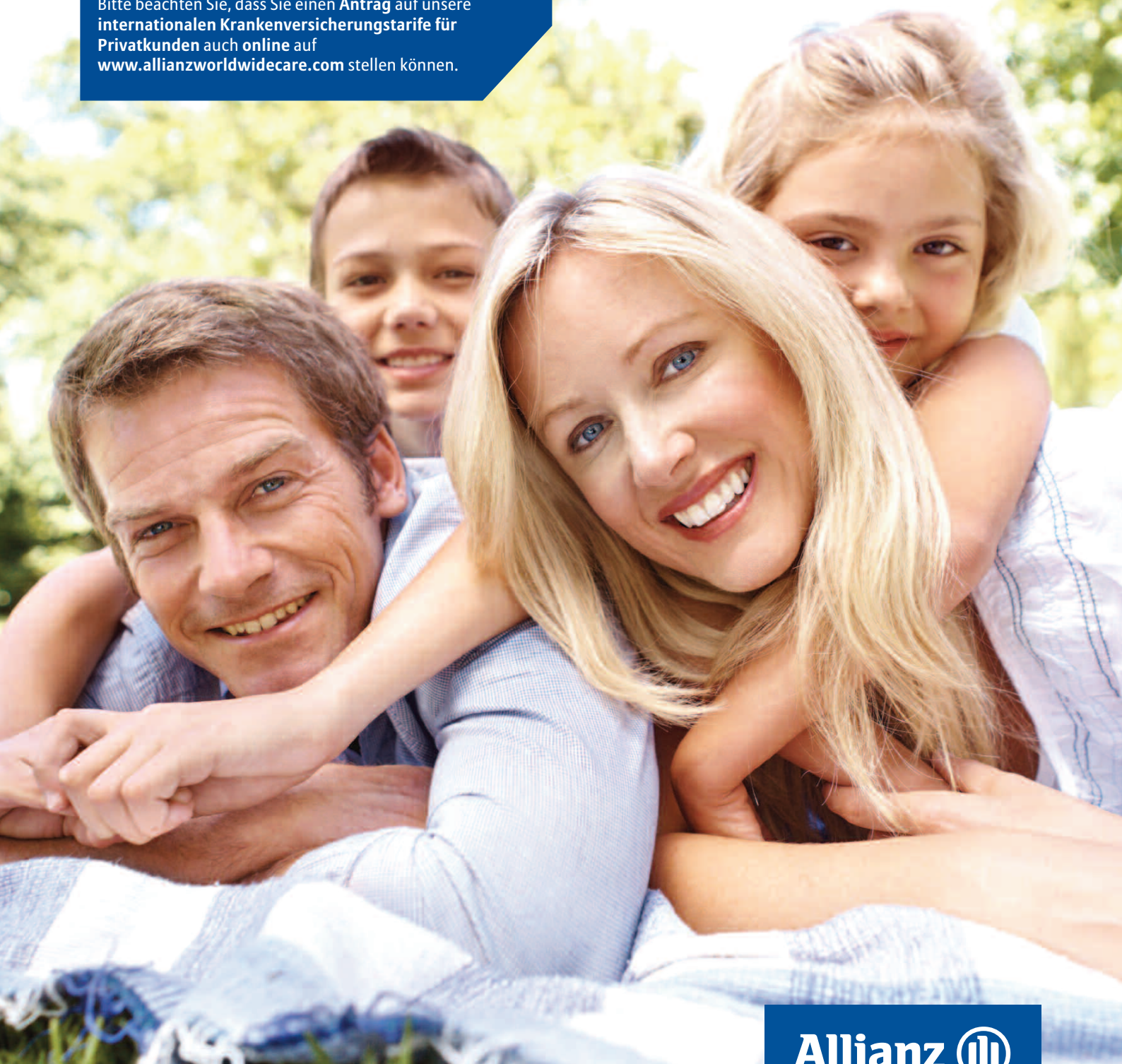


Internationale Krankenversicherungstarife

# Antrags- formular

Bitte beachten Sie, dass Sie einen **Antrag** auf unsere internationalen Krankenversicherungstarife für **Privatkunden** auch online auf [www.allianzworldwidecare.com](http://www.allianzworldwidecare.com) stellen können.



**Allianz**   
Allianz Worldwide 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 das Sie medizinisch rücktransportiert werden würden.

**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 T T / M M / J J 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 T T / M M / J J \_\_\_\_\_

### 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	_____	_____	_____
Nachname	_____	_____	_____
Geburtsdatum	T T / M M / J J	T T / M M / J J	T T / M M / J J
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	_____	_____	_____
Heimatland	_____	_____	_____
Land des Hauptwohnsitzes	_____	_____	_____
Nationalität	_____	_____	_____

Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

### 3 Versicherungsbeginn

Bitte geben Sie das Datum an, an dem Ihr Versicherungsschutz beginnen soll: | T | T | M | M | J | J |

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

### 4 Versicherungsschutz (Dieser Abschnitt muss nicht ausgefüllt werden, wenn Sie sich innerhalb eines Gruppenvertrags anmelden.)

Bitte beachten Sie, dass jeder gewählte Tarif dann für alle Versicherten dieses Vertrags gilt.

#### 1 Geltungsbereich

- Weltweit       Weltweit außer den USA       Afrika

#### 2 Haupttarife

- Premier Individual       Classic Individual  
 Club Individual       Essential Individual

#### 3 Selbstbeteiligung am Haupttarif (Beachten Sie bitte, dass entweder eine Selbstbeteiligung am Haupttarif ODER eine Selbstbeteiligung am Ambulanttarif gewählt werden kann und dass eine Selbstbeteiligung für alle Versicherten im Rahmen einer Police und pro Versicherungsjahr gilt. Eine Selbstbeteiligung am Haupttarif steht Versicherten, die sich innerhalb eines Gruppenvertrags anmelden, leider nicht zur Verfügung.)

- Keine Selbstbeteiligung       3.000 €/2.490 £/3.900 CHF/4.050 \$  
 450 €/374 £/585 CHF/610 \$       6.000 €/4.980 £/7.800 CHF/8.100 \$  
 750 €/625 £/975 CHF/1.015 \$       10.000 €/8.300 £/13.000 CHF/13.500 \$  
 1.500 €/1.245 £/1.950 CHF/2.025 \$

#### 4 Optionale Tarife (Beachten Sie bitte, dass die optionalen Tarife nur zusammen mit einem der Haupttarife gewählt werden können.)

##### Ambulanttarif

- Gold Individual       Silver Individual       Bronze Individual       Crystal Individual

**Optionale Selbstbeteiligung am Ambulanttarif** (Beachten Sie bitte, dass entweder eine Selbstbeteiligung am Ambulanttarif ODER eine Selbstbeteiligung am Haupttarif gewählt werden kann und dass eine Selbstbeteiligung für alle Versicherten im Rahmen einer Police und pro Versicherungsjahr gilt.)

- Keine Selbstbeteiligung       100 €/83 £/130 CHF/135 \$       200 €/165 £/260 CHF/270 \$

##### Mutterschaftstarif

(Der Ehepartner/Partner muss im Rahmen der Police ebenfalls mitversichert sein.)

- Premier Maternity  
(nur zusammen mit dem Haupttarif Premier Individual und einem Ambulanttarif verfügbar)  
  
 Club Maternity  
(nur zusammen mit dem Haupttarif Club Individual und einem Ambulanttarif verfügbar)

##### Zahntarif

- Dental 1  
(nur zusammen mit dem Haupttarif Premier Individual und dem Ambulanttarif Gold Individual verfügbar)  
  
 Dental 2

##### Rücktransporttarif

Falls der von Ihnen gewünschte Tarif oben nicht aufgelistet ist, geben Sie uns bitte Ihren gewünschten Haupttarif sowie alle weiteren Tarife an:

\_\_\_\_\_

### 5 Vorerkrankungen

Vorerkrankungen sind Krankheiten oder körperliche Gebrechen, für die im Laufe Ihres Lebens 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 Antragsformulars und dem Inkrafttreten Ihrer Police auftreten, werden ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet. Entsprechende Vorerkrankungen unterliegen einer medizinischen Risikoprüfung und werden nicht mitversichert, sollten sie nicht angegeben worden sein. **Daher ist es notwendig, dass Sie uns über jegliche Änderung der gemachten Angaben zwischen dem Einreichen des Antragsformulars und der Annahme durch uns 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 und der Ihrer Angehörigen (falls zutreffend). **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.** Diese Angaben bleiben für zwei Monate gültig, nachdem das Formular ausgefüllt und vom Antragsteller unterzeichnet wurde.

	Antragsteller	Angehöriger 1	Angehöriger 2	Angehöriger 3
Größe	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm
Gewicht	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg
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"/> _____/Tag	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> _____/Tag	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> _____/Tag	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> _____/Tag
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)	_____/Woche	_____/Woche	_____/Woche	_____/Woche
Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? Wenn ja, geben Sie bitte an:	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"/>
• Beschwerden	_____	_____	_____	_____
• Dioptrienwerte für jedes Auge (Diese erscheinen auf dem Rezept vom Optiker)	_____	_____	_____	_____

# Gesundheitsangaben (fortgesetzt)

1. **Litt eine der in diesem Antrag genannten Personen jemals an bzw. war im Krankenhaus, wurde behandelt oder untersucht aufgrund von:**
  - (a) Rheuma, Gicht, Arthritis, Lähmungen, Erkrankungen der Muskeln oder der Gelenke, oder jeglicher Form von Nacken- oder Rückenbeschwerden? Ja  Nein
  - (b) Epilepsie oder andere neurologische Störungen, wie z. B. Migräne, Multiple Sklerose oder Nervenleiden? Ja  Nein
  - (c) Jeglicher Art von Verdauungsstörungen einschließlich Speiseröhren-, Magen-, Leber- oder Darmproblemen? Ja  Nein
  - (d) Angstzustände, Depressionen, Chronisches Erschöpfungssyndrom, psychologische, psychiatrische oder andere Geisteskrankheiten? Ja  Nein
  - (e) Fortpflanzungs-, gynäkologische oder Genitalprobleme? Ja  Nein
  - (f) Jeglicher Störung der Nieren, der Harn- oder Gallenblase oder der Bauspeicheldrüse einschließlich Diabetes? Ja  Nein
  - (g) Jeglicher Art von Geschwülsten, Knoten, Zysten, Muttermalen oder Krebs? Ja  Nein
  - (h) Jeglicher Art von Augen-, Ohren-, Nasen-, Schilddrüsen- oder Hauterkrankung wie z. B. Akne, Ekzeme oder Dermatitis? Ja  Nein
  - (i) Jeglicher Art von Herzerkrankung, Herzgeräuschen, Herzrhythmusstörungen, Brustschmerzen, Schlaganfall, Blutungen, Blutgerinnsel, Blutkrankheit, erhöhtem Blutdruck oder erhöhten Cholesterinwerten? Ja  Nein
  - (j) Asthma, chronischer Bronchitis oder anderen Atemwegserkrankungen wie z. B. Rhinitis, Nebenhöhlenentzündung oder Allergien? Ja  Nein
  - (k) Alkohol- oder Drogenmissbrauch? Ja  Nein
  - (l) Jeglicher anderer nicht genannter Erkrankungen oder Verletzungen, die medizinische Versorgung benötigen (mit Ausnahme von Schnupfen oder Grippe)? Ja  Nein
  
2. **Trifft folgendes auf eine der in diesem Formular genannten Personen zu:**
  - (a) Wurde positiv auf HIV oder Hepatitis B oder C getestet oder wartet zurzeit auf Ergebnisse eines solchen Tests. Ja  Nein   
Falls das Ergebnis negativ ist, hat die Tatsache, dass ein HIV-Test durchgeführt wurde, keinerlei Einfluss auf die Bedingungen, denen Ihr Versicherungsschutz bei Annahme unterliegt.
  - (b) War in einem Krankenhaus aufgrund einer Verletzung oder Erkrankung, die eine Behandlung erforderte, oder war länger als 14 Tage arbeitsunfähig. Ja  Nein
  - (c) Hat in den letzten fünf Jahren Krebsvorsorge- oder allgemeine Untersuchungen durchführen lassen. Ja  Nein
  
3. **Trifft folgendes auf eine der in diesem Formular genannten Personen zu:**
  - (a) Leidet derzeit unter, oder es wurde angeraten, medizinischen Rat einzuholen bzw. sich einer medizinischen Behandlung zu unterziehen, oder wurde zu weiteren Tests überwiesen aufgrund eines Unfalls, einer Verletzung, oder einer anderen oben nicht angeführten Krankheit, oder es stehen noch weitere Untersuchungen, Tests oder Behandlungen aus. Ja  Nein
  - (b) Nimmt derzeit regelmäßig Medikamente ein (einschließlich nicht verschreibungspflichtiger Medikamente). Ja  Nein
  
4. **Wurden bei einem Ihrer Elternteile oder Geschwister (lebend oder verstorben) vor dem 65. Lebensjahr jemals Diabetes, Herzkrankheiten, Bluthochdruck, erhöhte Cholesterinwerte, Krebs, Nierenkrankheiten, Darmpolypen, Motoneuronenerkrankungen oder weitere erbliche Krankheiten diagnostiziert?** Ja  Nein

Wenn ja, geben Sie bitte an:

Wer betroffen ist/war (z. B. Mutter) \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_  
 Antragsteller    Angehöriger 1    Angehöriger 2    Angehöriger 3    Sonstige  
 Alter zum Zeitpunkt der Diagnose \_\_\_\_\_ Beschwerden \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wer betroffen ist/war (z. B. Vater) \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_  
 Antragsteller    Angehöriger 1    Angehöriger 2    Angehöriger 3    Sonstige  
 Alter zum Zeitpunkt der Diagnose \_\_\_\_\_ Beschwerden \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wer betroffen ist/war (z. B. Bruder) \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_  
 Antragsteller    Angehöriger 1    Angehöriger 2    Angehöriger 3    Sonstige  
 Alter zum Zeitpunkt der Diagnose \_\_\_\_\_ Beschwerden \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*Falls der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein weiteres Antragsformular.*

## Fragen 5 und 6 müssen nur ausgefüllt werden, wenn Sie einen Zahntarif abschließen möchten.

5. **Befindet sich eine der in diesem Formular genannten Personen zurzeit in zahnärztlicher Behandlung oder ist angeraten worden, Zahnbehandlungen vornehmen zu lassen?** Ja  Nein   
Wenn ja, füllen Sie bitte einen Zahnfragebogen aus, den Sie von unserer Website herunterladen können: [www.allianzworldwidecare.com/members](http://www.allianzworldwidecare.com/members)
  
6. **Trifft folgendes auf eine der in diesem Formular genannten Personen zu:**
  - (a) Leidet an Parodontose. Ja  Nein
  - (b) Es fehlen Zähne und Zahnersatz ist vorhanden (Kronen, Inlays, Implantate, Brücken oder Füllungen). Ja  Nein   
Wenn ja, geben Sie bitte den Namen der betroffenen Person sowie jeweils die Art der Korrektur und die Anzahl der betroffenen Zähne an, einschließlich der Anzahl der Zähne die überbrückt/-kront sind. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*Falls der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein weiteres Antragsformular.*



## 8 Erklärung

Bitte lesen Sie die folgenden Erklärungen sorgfältig durch und unterschreiben Sie nur, wenn Sie die Punkte verstehen und akzeptieren:

- (a) Ich erkläre, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind, einschließlich aller Informationen, die nicht von mir persönlich eingetragen wurden. Ich habe keine wesentlichen Fakten weggelassen, verfälscht oder unrichtig dargestellt. Ich erkenne diesen Antrag als Grundlage für den Vertrag zwischen mir und Allianz Worldwide Care an. Mir ist bekannt, dass der Vertrag nichtig ist, wenn ich falsche, inkorrekte oder irreführende Angaben mache oder wissentlich wesentliche medizinische Angaben verschweige.
- (b) Ich verpflichte mich, Allianz Worldwide Care sofort schriftlich darüber zu informieren, falls sich zwischen dem Ausfüllen dieses Antragsformulars und dem Inkrafttreten meine Police an meinem Gesundheitszustand oder dem meiner Angehörigen etwas ändert.
- (c) Ich stimme zu, auf alle Rechte hinsichtlich medizinischer/ärztlicher Schweigepflicht in Bezug auf meine medizinischen Daten und Informationen zu verzichten und mir ist bekannt, dass Allianz Worldwide Care - soweit hierzu Anlass besteht - Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüfen kann. Ich bevollmächtige Ärzte, Zahnärzte, Angehörige von Heilberufen sowie Mitarbeiter medizinischer Einrichtungen und Gesundheitsbehörden, alle relevanten medizinischen Daten und Informationen im Zusammenhang mit meiner Person auf Anfrage an Allianz Worldwide Care, deren medizinische Berater und ernannte Vertreter oder andere Experten, vorbehaltlich geltender rechtlicher Bestimmungen, im Falle von Streitigkeiten weiterzugeben. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Angehörigen ab, einschließlich der von mir gesetzlich vertretenen Personen, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.
- (d) Hiermit erkläre ich, dass ich alle Definitionen, Leistungen, Ausschlüsse und Bedingungen dieses Versicherungsvertrags gelesen habe und verstehe, einschließlich der Details in Bezug auf Vorerkrankungen.
- (e) Mir ist bekannt, dass:
- (i) dieses Antragsformular für zwei Monate gültig ist, nachdem es vollständig ausgefüllt und unterschrieben wurde.
  - (ii) ich meinen Antrag innerhalb von 30 Tagen nach dem Datum des Erhalts der vollständigen Versicherungsbedingungen meines Vertrags schriftlich (per Brief, E-Mail oder Fax) widerrufen kann. Ich habe in diesem Fall das Recht auf volle Rückerstattung des Versicherungsbeitrags, vorausgesetzt es wurden keine Leistungsansprüche in der Zwischenzeit geltend gemacht.
- (f) Ich akzeptiere, dass:
- (i) ich nach Erhalt des Versicherungsscheins den Inhalt in Bezug auf die Richtigkeit der enthaltenen Informationen prüfe. Wenn der Inhalt des Versicherungsscheins von dem Inhalt dieses Antrags abweicht, gilt der Vertrag als geschlossen, wenn ich nicht innerhalb von 30 Tagen nach dem Ausstellungsdatum des Versicherungsscheins widerrufe.
  - (ii) der Versicherungsvertrag den allgemeinen Versicherungsbedingungen unterliegt, die bei Abschluss des Versicherungsvertrags gelten und im Versicherungshandbuch enthalten sind.
- (g) Ich akzeptiere, dass es in meiner Verantwortung liegt zu überprüfen, ob ich den Anforderungen einer gesetzlichen Krankenversicherung unterliege und mich vergewissert habe, dass mein Versicherungsschutz den gesetzlichen Anforderungen entspricht.

Als Hauptversicherter unterschreibe ich diese Erklärung und dieses Antragsformular im Namen aller in diesem Antrag aufgeführten Personen.

Unterschrift des Hauptversicherten | Datum | T | T | M | M | J | J |

Name des Hauptversicherten in Druckbuchstaben |

### Wichtiger Hinweis

Der Versicherungsschutz von Allianz Worldwide Care ist ausreichend, wenn Ihr Aufenthalt in Deutschland von begrenzter Dauer ist oder einem temporären Zweck dient. Er ist nicht für Personen mit festem 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 Worldwide Care für mich geeignet ist.

Unterschrift des Hauptversicherten | Datum | T | T | M | M | J | J |

Name des Hauptversicherten in Druckbuchstaben |

## 9 Ernennung eines Vermittlers

Als Hauptversicherter autorisiere ich hiermit NAME DES VERMITTLERS im Namen aller in diesem Antrag aufgeführten Personen im Hinblick auf die Verwaltung dieser Police zu handeln. Dies kann die Offenlegung sensibler medizinischer Informationen beinhalten. Diese Autorisierung ist solange gültig, bis ich sie schriftlich bei Allianz Worldwide Care annulliere.

Unterschrift des Hauptversicherten |

Name des Hauptversicherten in Druckbuchstaben |

Datum | T | T | M | M | J | J |

Intern auszufüllen - Name und Stempel des Vermittlers

## 10 Zahlungsangaben

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

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

### (a) Währung

Bitte wählen Sie Ihre gewünschte Vertragswährung (☑):

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

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

### (b) Zahlungsmethode und Zahlungsfrequenz

Zahlungen unterliegen den folgenden Zuschlägen: 0% für jährliche Zahlung, 3% für halbjährliche Zahlung, 4% für vierteljährliche Zahlung und 5% für monatliche Zahlung.

Bitte wählen Sie die von Ihnen gewünschte Zahlungsmethode und Zahlungsfrequenz (☑):

	Jährlich	Halbjährlich	Vierteljährlich	Monatlich
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: [www.allianzworldwidecare.com/application-form-for-international-healthcare-plans](http://www.allianzworldwidecare.com/application-form-for-international-healthcare-plans). Falls Sie einem Gruppenvertrag angehören und per Lastschriftinzugsverfahren bezahlen möchten, muss eine monatliche Zahlungsfrequenz ausgewählt werden.

## Zahlung per Kreditkarte

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

Kreditkarte      Mastercard       Visa

Name des Karteninhabers | \_\_\_\_\_

Kartenummer | \_\_\_\_\_ Gültig bis | M M J J | \_\_\_\_\_

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

### 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.

Unterschrift des Karteninhabers | \_\_\_\_\_ Datum | T T M M J J | \_\_\_\_\_

## Bitte schicken Sie uns das vollständig ausgefüllte Antragsformular per:

**E-Mail an:** [underwriting@allianzworldwidecare.com](mailto:underwriting@allianzworldwidecare.com)

**Fax an:** + 353 1 629 7117

**Post an:** Allianz Worldwide 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.

Allianz Worldwide Care SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich: Nr. 401 154 679 RCS Paris. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister, Registernummer: 907619, Adresse: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.