

MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

Für jede Person, die Versicherungsschutz beantragt, muss ein separater medizinischer Fragebogen ausgefüllt werden.

1 ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER

Bitte kennzeichnen Sie im Folgenden, ob dieser Fragebogen von oder im Namen der folgenden Personen ausgefüllt wird (bitte kreuzen Sie ein Feld an):

Antragsteller/Versicherungsnehmer Angehöriger

Antragsteller/Versicherungsnehmer:

Nachname

Vorname

Vollständige Adresse im Aufenthaltsland (Pflichtfeld)

Zu versichernder Angehöriger (bitte füllen Sie außerdem die Informationen zum Antragsteller aus):

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht: männlich weiblich

Adresse, falls diese von der oben angegebenen abweicht

2 VORERKRANKUNGEN

Vorerkrankungen sind Erkrankungen 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. Ferner werden Erkrankungen, die zwischen dem Ausfüllen des Medizinischen Fragebogens und dem Inkrafttreten Ihrer Police auftreten, 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 Ihrer Angaben zwischen Einreichung des Fragebogens und der Annahme durch uns informieren.** Sie sind verpflichtet, uns auf Anfrage weitere erforderliche Informationen zur Verfügung zu stellen. Ein vollständig und korrekt ausgefüllter Medizinischer Fragebogen sowie die Angabe aller relevanten Informationen sind Voraussetzung für die Gewährung des Versicherungsschutzes.

3 GESUNDHEITSANGABEN

3.1 Bitte geben Sie die folgenden Informationen an: Größe (cm) Gewicht (kg)

3.2 Hindert Sie Ihr derzeitiger Gesundheitszustand daran, Ihren beruflichen Pflichten nachzukommen? Ja Nein

Falls Sie „Ja“ angekreuzt haben, machen Sie bitte nähere Angaben:

3.3 Leiden Sie an geistigen, körperlichen oder chronischen Behinderungen, die entweder seit Geburt bestehen oder die Folge einer Krankheit oder eines Unfalls sind? Ja Nein Falls Sie „Ja“ angekreuzt haben, machen Sie bitte nähere Angaben:

3.4 Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren einem chirurgischen Eingriff oder einer medizinischen Behandlung (medikamentös oder sonstige) unterzogen?

Ja Nein Falls Sie „Ja“ angekreuzt haben, machen Sie bitte nähere Angaben (einschließlich dem Datum und der Art des Eingriffs)

3.5 Erhalten Sie gegenwärtig oder wurde Ihnen angeraten sich in den nächsten sechs Monaten einer der folgenden Behandlungen zu unterziehen?

Krankenhausaufenthalt Ja Nein Bitte präzisieren Sie Ihre Angaben:

Chirurgischer Eingriff Ja Nein Bitte präzisieren Sie Ihre Angaben:

Ambulante Behandlung Ja Nein Bitte präzisieren Sie Ihre Angaben:

Zahnbehandlung Ja Nein Bitte präzisieren Sie Ihre Angaben:

3.6 Haben Sie Anspruch auf eine 100-prozentige Rückerstattung des GKFS? Ja Nein

Falls Sie „Ja“ angekreuzt haben, geben Sie bitte an für welche Beschwerden/ Erkrankungen

4 DER SCHUTZ IHRER PERSÖNLICHEN DATEN IST UNS WICHTIG

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

Alternativ können Sie uns auch unter der Telefonnummer + 32 2 210 6501 anrufen und eine Kopie unseres Datenschutzhinweises anfragen. Falls Sie Fragen dazu haben, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden, können Sie uns auch gerne per E-Mail kontaktieren: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

5 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 Care an. Mir ist bekannt, dass der Vertrag nichtig ist, wenn ich falsche, inkorrekte oder irreführende Angaben mache oder wesentlich wesentliche medizinische Angaben verschweige.
- (b) Ich verpflichte mich, Allianz Care sofort schriftlich darüber zu informieren, falls sich zwischen dem Ausfüllen dieses Medizinischen Fragebogens und dem Versicherungsbeginn meines Vertrags 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 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 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:
 - dieser Medizinische Fragebogen für zwei Monate gültig ist, nachdem er vollständig ausgefüllt und unterschrieben wurde.
 - 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:
 - 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 Medizinischen Fragebogens abweicht, gilt der Vertrag als geschlossen, wenn ich nicht innerhalb von 30 Tagen nach dem Ausstellungsdatum des Versicherungsscheins widerrufe.
 - 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 Antragsteller unterschreibe ich diese Erklärung und diesen Medizinischen Fragebogen im Namen aller in diesem Dokument aufgeführten Personen.

Unterschrift des Antragstellers _____ Datum

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

Name des Antragstellers in Druckbuchstaben

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BITTE SCHICKEN SIE UNS DAS VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTE ANTRAGSFORNULAR PER:

E-Mail: underwriting@allianzworldwidecare.com
 Fax an: **+353 1 629 7117**
 Post an: **Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland**

Falls Sie Probleme beim Ausfüllen dieses Medizinischen Fragebogens oder Fragen zu unserem Antragsverfahren haben, können Sie sich gerne an unsere Helpline wenden + 353 1 630 1302.

Dieses Dokument ist eine Übersetzung der original auf Englisch verfassten „Medical Questionnaire“. Die englische Originalversion gilt ausschließlich als rechtlich verbindlich. Auch wenn Unterschiede zwischen der übersetzten Version und der englischen Originalversion bestehen, gilt die englische Version als rechtlich verbindlich. AWP Health & Life SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 401 154 679 RCS Bobigny. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister, Registernummer: 907619. Anschrift: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. Allianz Care und Allianz Partners sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life SA.