

Internationale Krankenversicherungstarife
Suisse

Antrags- formular

Für Antragsteller, die keiner Risikoprüfung
unterliegen



Allianz 

BITTE FÜLLEN SIE DIESES FORMULAR IN DRUCKBUCHSTABEN AUS.

Wenn Sie einen neuen Angehörigen zu Ihrer Police hinzufügen möchten, geben Sie bitte Ihre bestehende Versicherungsnummer an:

Wenn Sie sich im Rahmen einer bestehenden Gruppenversicherung mitversichern lassen möchten, geben Sie bitte die folgenden Informationen an:

Name der Gruppe/des Unternehmens

Gruppennummer

Wo immer die nachstehenden Begriffe und Ausdrücke in diesem Formular verwendet werden, haben sie die Bedeutung, wie unten angegeben.

Heimatland: Das Herkunftsland der versicherten Person oder das Land, für das diese über einen gültigen Pass verfügt.

Wohnsitz: Der Wohnsitz einer Person befindet sich an dem Orte, wo sie sich mit der Absicht dauernden Verbleibens aufhält, gemäß dem Schweizerischen Zivilgesetzbuch (Artikel 23 - 26, SR 210).

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.

Herr ☐ Frau ☐ Vorname

Nachname

Geburtsdatum / / Geschlecht: Männlich ☐ Weiblich ☐

Familienstand

Sozialversicherungsnummer

Heimatland

Nationalität

Land des Hauptwohnsitzes

Vollständige Adresse im Land des Hauptwohnsitzes (Pflichtfeld)

Postleitzahl

Haupttelefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

Andere/ Zweittelefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

E-Mail Adresse (Pflichtfeld, bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Beruf (Pflichtfeld, falls Student, bitte angeben)

Wählen Sie die Sprache, in der Sie Ihre Versicherungsunterlagen erhalten möchten?

Englisch ☐ Deutsch ☐ Französisch ☐ Italienisch ☐

2 Einzelheiten zu Ihrem derzeitigen schweizer Krankenversicherer

Versicherungsnummer

Name des Versicherers

Leben Sie in der Schweiz? Ja ☐ Nein ☐

(Wenn ja, bitte eine Kopie einer Bestätigung Ihres Wohnsitzes beilegen)

3 Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft

Versicherungsnummer Beginn des Versicherungsschutzes / /

4 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	Ehepartner ☐ Kind ☐	Ehepartner ☐ Kind ☐	Ehepartner ☐ Kind ☐
Vorname			
Nachname			
Geburtsdatum	/ /	/ /	/ /
Geschlecht	Männlich ☐ Weiblich ☐	Männlich ☐ Weiblich ☐	Männlich ☐ Weiblich ☐
Beruf (Pflichtfeld, falls Student, bitte angeben)			
Heimatland			
Land des Hauptwohnsitzes			
Nationalität			

Einzelheiten über eine derzeitige nationale oder internationale Krankenversicherung

Name der Versicherungsgesellschaft		
Versicherungsnummer		

5 Datenschutzgesetz - Erfassung und Verwendung persönlicher Daten

Für Transaktionen innerhalb des Versicherungsbereichs ist die Verarbeitung persönlicher Informationen notwendig. Wir verarbeiten persönliche Daten gemäß dem Schweizer Datenschutzgesetz. Wir speichern Daten elektronisch oder physisch in Übereinstimmung mit den entsprechenden gültigen gesetzlichen Bestimmungen.

Verweise auf Informationen beziehen sich auf persönliche Informationen, die uns in Ihren Antrags-, Erstattungs- oder Kostenzusageformularen bereitgestellt wurden und/oder gespeicherte Unterlagen/Informationen, in Verbindung mit Produkten oder Dienstleistungen, die wir anbieten.

Verwendungen: Die von uns zu verarbeitenden Daten umfassen persönliche Informationen zum Erstellen von Angeboten, zur Prüfung des Versicherungsrisikos von Verträgen, für den Einzug von Versicherungsbeiträgen, zur Erstattung von Leistungsansprüchen und für andere Zwecke, die direkt in Verbindung mit der Verwaltung von Versicherungspolice stehen. Wir können u. U. Drittanbieter damit beauftragen, in Ihrem Namen Daten zu verarbeiten. Diese Verarbeitung, die auch außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) erfolgen kann, unterliegt vertraglich festgelegten Sicherheits- und Geheimhaltungsrichtlinien in Übereinstimmung mit den Datenschutzrichtlinien. Wir bearbeiten persönliche Informationen ebenfalls in Verbindung mit Produktverbesserungen und für unsere eigenen Marketing-Zwecke. Um einen erschwinglichen und umfassenden Versicherungsschutz anzubieten, werden unsere Services möglicherweise durch juristisch unabhängige Unternehmen im In- und Ausland bereitgestellt.

Sensible Daten: Wir müssen sensible Daten von Ihnen erfassen (z.B. gesundheitliche Daten), um Versicherungsbedingungen zu erstellen oder Leistungsansprüche zu bearbeiten.

Offenlegung: Wir können Informationen und Daten an unsere Vermittler, Partner der Allianz Gruppe, Rückversicherer, andere Versicherer und deren Vermittler, vorherige Versicherer im In- und Ausland, Dienstleister und weitere Vermittler, die in Ihrem Namen handeln, weiterreichen sowie an Aufsichts- und Verwaltungsbehörden, denen wir unterliegen oder von denen wir reguliert werden. In bestimmten Fällen können wir private Ermittler einsetzen, die einen Leistungsanspruch, den Sie eingereicht haben, untersuchen.

Datenspeicherung: Wir sind dazu verpflichtet, Ihre Daten nach Versicherungsende für sechs Jahre aufzubewahren. Wir werden Ihre Daten nicht länger als benötigt und nur für die erforderlichen Zwecke speichern.

Erklärung und Einwilligung: Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie bevollmächtigt sind, im Namen Ihrer Angehörigen deren persönliche Informationen an uns weiterzugeben und dass Sie einverstanden sind, dass diese Informationen und Ihre persönlichen Daten bearbeitet, offengelegt, verwendet und gespeichert werden.

Zugang: Sie haben gemäß dem Schweizer Datenschutzgesetz das Recht, eine Kopie Ihrer persönlichen Daten, die bei uns vorliegen, anzufordern sowie die Richtigstellung von inkorrekten Daten zu beantragen. Wenn Sie von diesem Recht Gebrauch machen möchten, richten Sie bitte Ihre schriftliche Anfrage an den Data Protection Officer an auf diesem Formular angegebene Adresse oder an client.services@allianzworldwidecare.com.

Aufzeichnung von Anrufen: Wir weisen Sie darauf hin, dass Helpline-Anrufe aufgezeichnet und zu Schulungs-, Qualitätssicherungs- und Regulierungszwecken überwacht werden.

6 Erklärung

Lesen Sie die folgenden Erklärungen bitte sorgfältig durch und unterschreiben Sie sie nur, wenn Sie sie 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 meinem Versicherer 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, den Versicherer unverzüglich schriftlich über Änderungen meines Gesundheitszustandes oder der meiner Angehörigen zu informieren, sollten diese zwischen dem Ausfüllen des Antragsformulars und dem Startdatum der Police auftreten.
- (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 mein Versicherer- 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 meinen Versicherer, seine medizinischen 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.
- (e) Ich akzeptiere, dass
 - ich nach Erhalt der Versicherungspolice den Inhalt in Bezug auf die Richtigkeit der enthaltenen Informationen prüfe. Wenn der Inhalt der Versicherungspolice von dem Inhalt dieses Antrags abweicht, gilt der Vertrag als geschlossen, wenn ich nicht innerhalb von 30 Tagen nach dem Ausstellungsdatum der Versicherungspolice widerrufe.
 - der Versicherungsvertrag den allgemeinen Versicherungsbedingungen unterliegt, die bei Abschluss des Versicherungsvertrags gelten und im Versicherungshandbuch enthalten sind.
 - es in meiner Verantwortung liegt zu überprüfen, ob ich einer lokalen Pflichtkrankenversicherung unterliege, dass mein Versicherungsschutz den Anforderungen der gesetzlichen Bestimmungen in dem Land, in dem ich lebe, entspricht und ich mich vergewissert habe, dass mein Versicherungsschutz angemessen ist.

Als Antragsteller unterschreibe und datiere ich diese Erklärung und dieses Antragsformular.

Unterschrift des Antragstellers

Name des Antragstellers in Druckbuchstaben

Datum

Unterschrift des ersten Angehörigen

Name in Druckbuchstaben

Datum

Unterschrift des zweiten Angehörigen

Name in Druckbuchstaben

Datum

Unterschrift des dritten Angehörigen

Name in Druckbuchstaben

Datum

7 Ernennung eines Vermittlers

Als Antragsteller autorisiere ich hiermit

N A M E D E S V E R M I T T L E R S

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 meinem Versicherer annulliere.

Intern auszufüllen - Name und Stempel des Vermittlers

Unterschrift des Antragstellers

Name des Antragstellers in Druckbuchstaben

Datum

8 Zahlungsinformationen

Dieser Teil muss nicht ausgefüllt werden, wenn Ihr Arbeitgeber die Zahlung des Versicherungsprämie für Sie übernimmt.

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

Zahlungsmethode und Zahlungsfrequenz
Die Versicherungsprämie wird in Schweizer Franken (CHF) gezahlt. Zahlungen unterliegen den folgenden Zuschlägen: 0% für jährliche Zahlung, 3% für halbjährliche Zahlung, 4% für vierteljährliche Zahlung und 5% für monatliche Zahlung (nur den Zusatzversicherungsschutz VVG betreffend).

Bitte wählen Sie die von Ihnen gewünschte Zahlungsmethode und Zahlungsfrequenz:

	Jährlich	Halbjährlich	Vierteljährlich	Monatlich
Kreditkarte	☐	☐	☐	☐
Banküberweisung	☐	☐	☐	nicht verfügbar

Zahlung per Kreditkarte

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

Kreditkarte

Mastercard ☐

Visa ☐

Name des Karteninhabers

Kartennummer

Gültig bis

MM / JJ

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

Kreditkarten-Vollmacht

Ich ermächtige AWP P&C SA, die Prämienzahlung 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. Die Versicherungsprämie kann sich ändern, wenn ich eine Änderung vornehme, die Einfluss auf die Prämienhöhe hat, z. B. wenn ich dem Versicherungsvertrag einen weiteren Angehörigen hinzufüge. Diese Vollmacht ist solange gültig, bis ich sie schriftlich an AWP P&C S.A. widerrufe. Eine jährliche Prämienhöhung wird mir einen Monat vorher mitgeteilt.

Unterschrift des Karteninhabers

Datum

TT / MM / JJ

Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular per:

Scannen Sie es und senden Sie es per E-Mail an:

group.admin@allianzworldwidecare.com
(bitte geben Sie in der Betreffzeile „Schweizer Antragsformular“ an)
+ 353 1 629 7117
Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus,
Nangor Road, Dublin 12, Irland

Fax an:

Post an:

Falls Sie Probleme beim Ausfüllen des Antragsformulars oder Fragen zu unserem Antragsverfahren haben, kontaktieren Sie einfach unsere Helpline unter + 353 1 630 1302.

Versicherer Ihrer VVG Versicherung ist AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Niederlassung Wallisellen (Schweiz), die schweizerische Niederlassung von AWP P&C S.A., Saint-Ouen, Frankreich, eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich: 519 490 080 RCS Paris. Schweizerische Niederlassung ist eingetragen im Handelsregister in Zürich, Registernummer: CHE-115.393.016, Anschrift: Hertistrasse 2, 8304 Wallisellen.

KPT Krankenkasse AG, Tellstrasse 18, CH-3000 Bern 22, registrierte BAG Nr. 376. KPT stellt Verwaltungsdienste innerhalb der Schweiz bereit.

AWP Health & Life SA, handelt durch ihre irische Niederlassung, ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich: Nr. 401 154 679 RCS Bobigny. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister, Registernummer: 907619, Adresse: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. AWP Health & Life SA agiert als Rückversicherer der VVG Policen und bietet Verwaltungsdienste sowie technischen Support außerhalb der Schweiz. Allianz Worldwide Care ist eine eingetragene Firma von AWP Health & Life SA.