

Vollständiger Medizinischer Versicherungsabschluss (Deutschland)

Full Medical Underwriting (Germany)

Versichert durch XL Catlin Insurance Company UK Limited
Underwritten by XL Catlin Insurance Company UK Limited



Ausfüllen dieses Formulars

Filling out this form

- Nutzen Sie dieses Formular, um einen Antrag für eine unserer Prima-Gesundheitsversicherungen zu stellen.
- Use this form to apply for one of our Prima healthcare plans.
- Sie müssen alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten, da diese für uns relevant sind um die Versicherung anzubieten und deren Bedingungen und Prämien festzulegen. Bitte kontaktieren Sie uns, wenn Sie eine Frage oder die Art der erforderlichen Informationen nicht verstehen oder wenden Sie sich bitte an Ihren Versicherungsmakler. Die Nichtbereitstellung von Informationen oder die Bereitstellung unvollständiger oder ungenauer Informationen kann zum Verlust des Versicherungsschutzes oder anderer Rechtsmittel führen. Bitte denken Sie auch daran, die Erklärung auf Seite 7 zu unterschreiben.
- You must take care in answering all the following questions which are relevant to us in providing this insurance and setting the terms and premium. Please contact us if you do not understand the question or the nature of the information required or please seek guidance from your broker. Failure to provide information or the provision of incomplete or inaccurate information may result in the loss of cover or other remedies. Remember to sign the Declaration on page 7.
- Bitte lesbar und in Blockbuchstaben ausfüllen.
- Please write clearly using capital letters.
- Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns bitte an unter +44 (0) 1903 817970 (Großbritannien), +34 952 93 16 09 (Spanien) oder +350 2000 77731 (Gibraltar).
- If you have any questions, call us on +44 (0) 1903 817970 (UK), +34 952 93 16 09 (Spain) or +350 2000 77731 (Gibraltar).
- Wenn Sie eine Kopie dieses Antragsformulars wünschen, lassen Sie uns das bitte innerhalb von drei Monaten wissen.
- If you'd like a copy of this application form, please let us know within 3 months.

Was passiert als Nächstes?

What's next?

- Senden Sie das ausgefüllte Formular mit **einer** der folgenden Optionen an uns zurück:
- Send your completed form back to us using **one** of these options:
 - E-Mail:** privateclient@alchealth.com
 - Email:** privateclient@alchealth.com
 - Fax:** + 44 (0) 1903 879719
 - Fax:** + 44 (0) 1903 879719
 - Post:** ALC Health, Chanctonfold Barn, Chanctonfold, Horsham Road, Steyning, West Sussex BN44 3AA Vereinigtes Königreich
 - Post:** ALC Health, Chanctonfold Barn, Chanctonfold, Horsham Road, Steyning, West Sussex BN44 3AA United Kingdom
- Wir werden Ihnen innerhalb von fünf Tagen Ihre Bedingungen schicken und um Zahlung bitten.
- We'll write to you with your terms and requesting payment within 5 working days.
- Sobald Ihre Zahlung bei uns eingetroffen ist, senden wir Ihnen Ihre Police-Unterlagen zu.
- Then, once we've received your payment, we'll send your policy documentation.

1 Ihren Versicherungsschutz wählen Choosing your level of cover

Bitte wählen Sie **einen Plan** aus, um alle Personen in diesem Antrag in den Versicherungsschutz aufzunehmen, und kreuzen Sie dann die Kästchen an, um Ihren Versicherungsschutz zu wählen. Mehr Informationen zu unseren Plänen erhalten Sie unter www.alchealth.com oder scannen Sie hierzu einfach diesen Code mit Ihrem Smartphone →



Please select **one plan** below to cover everyone on this application, then tick the boxes to choose your level of cover. For more information on our plans, visit www.alchealth.com or simply scan this code with your smartphone →

Prima Classic	Prima Premier	Prima Platinum
<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung <input checked="" type="checkbox"/> In-patient, day-patient and out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre und teilstationäre Behandlung <input checked="" type="checkbox"/> In-patient and day-patient treatment <input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung Out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung <input checked="" type="checkbox"/> In-patient, day-patient and out-patient treatment
Reguläre Schwangerschaft und Entbindung Grenze: Routine pregnancy and childbirth limit: <input type="checkbox"/> £ 3.000: € 3.600: US\$4.500 <input type="checkbox"/> £ 5.000: € 6.000: US\$7.500	Reguläre Schwangerschaft und Entbindung Grenze: Routine pregnancy and childbirth limit: <input type="checkbox"/> £ 3.000: € 3.600: US\$4.500 <input type="checkbox"/> £ 5.000: € 6.000: US\$7.500 <input type="checkbox"/> £ 7.500: € 9.000: US\$11.250 <input type="checkbox"/> £ 10.000: € 12.000: US\$15.000	Reguläre Schwangerschaft und Entbindung Grenze: Routine pregnancy and childbirth limit: <input type="checkbox"/> £ 3.000: € 3.600: US\$4.500 <input type="checkbox"/> £ 5.000: € 6.000: US\$7.500 <input type="checkbox"/> £ 7.500: € 9.000: US\$11.250 <input type="checkbox"/> £ 10.000: € 12.000: US\$15.000 <input type="checkbox"/> £ 20.000: € 24.000: US\$30.000
<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlung Dental treatment	<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlung Dental treatment	<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlung Dental treatment
<input type="checkbox"/> Evakuierung oder Überführung Evacuation or Repatriation	<input type="checkbox"/> Evakuierung oder Überführung Evacuation or Repatriation	<input type="checkbox"/> Evakuierung oder Überführung Evacuation or Repatriation
Geltungsbereich: Area of cover: <input type="checkbox"/> Bereich 1 - Europa Area 1 - Europe <input type="checkbox"/> Bereich 2 - Weltweit (außer USA) Area 2 - Worldwide (excluding USA) <input type="checkbox"/> Bereich 3 - Weltweit Area 3 - Worldwide	Geltungsbereich: Area of cover: <input type="checkbox"/> Bereich 1 - Europa Area 1 - Europe <input type="checkbox"/> Bereich 2 - Weltweit (außer USA) Area 2 - Worldwide (excluding USA) <input type="checkbox"/> Bereich 3 - Weltweit Area 3 - Worldwide	Geltungsbereich: Area of cover: <input type="checkbox"/> Bereich 1 - Europa Area 1 - Europe <input type="checkbox"/> Bereich 2 - Weltweit (außer USA) Area 2 - Worldwide (excluding USA) <input type="checkbox"/> Bereich 3 - Weltweit Area 3 - Worldwide
In welcher Währung möchten Sie die Beiträge zahlen? Ihre Versicherungsleistungen werden ebenfalls in dieser Währung sein. In which currency would you like to pay your premium? Your policy benefits will also be in this currency.		
<input type="checkbox"/> GB£ <input type="checkbox"/> Euro€ <input type="checkbox"/> US\$		

Wie viel Selbstbeteiligung möchten Sie übernehmen? Selbstbeteiligung gilt pro Person pro Policenjahr und gilt nicht für Reguläre Schwangerschaft & Entbindung, Zahnärztliche Behandlung, Evakuierungs- oder Überführungsoptionen oder Wohlbefinden, optische und Impfungsleistungen. Für einen niedrigeren Versicherungsbetrag wählen Sie eine höhere Selbstbeteiligung.

How much excess would you like to pay? Excess is per person per policy year and does not apply to Routine Pregnancy & Childbirth, Dental Treatment, Evacuation or Repatriation options or Well-being, Optical and Vaccination benefits. To reduce your premium amount, choose a higher policy excess.

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Null | <input type="checkbox"/> £ 50: € 60: US\$75 | <input type="checkbox"/> £ 150: € 180: US\$225 | <input type="checkbox"/> £ 300: € 360: US\$450 |
| <input type="checkbox"/> £ 500: € 600: US\$750 | <input type="checkbox"/> £ 1.000: € 1.200: US\$1.500 | <input type="checkbox"/> £ 2.500: € 3.000: US\$3.750 | <input type="checkbox"/> £ 5.000: € 6.000: US\$7.500 |
| <input type="checkbox"/> £ 7.500: € 9.000: US\$11.250 | | | |

Wie möchten Sie die Beiträge zahlen? Nachdem wir Ihren Antrag angenommen haben, werden wir Ihnen weitere Details zukommen lassen.

How would you like to pay your premium? We'll send details following acceptance of your application.

- | | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jährlich
Annually | <input type="checkbox"/> Kredit-/Bankkarte
Credit / Debit Card | <input type="checkbox"/> SEPA -Lastschriftzahlung#
SEPA Direct Debit | <input type="checkbox"/> Banküberweisung
Bank Transfer | <input type="checkbox"/> Scheck
By Cheque |
| <input type="checkbox"/> Vierteljährlich
Quarterly | <input type="checkbox"/> Kredit-/Bankkarte
Credit / Debit Card | <input type="checkbox"/> SEPA -Lastschriftzahlung#
SEPA Direct Debit | <input type="checkbox"/> Banküberweisung
Bank Transfer | |
| <input type="checkbox"/> Monatlich
Monthly | <input type="checkbox"/> Kredit-/Bankkarte
Credit / Debit Card | <input type="checkbox"/> SEPA -Lastschriftzahlung#
SEPA Direct Debit | <input type="checkbox"/> Banküberweisung
Bank Transfer | |

SEPA-Lastschriftzahlungen nur von EU / EWR-Bankkonten
#SEPA Direct Debit payments from EU/EEA bank accounts only

2 Ihre Angaben Your details

Angaben zum Versicherungsnehmer

Policyholder details

Anrede

Title

- Herr Frau Sonstiges:
- Mr Mrs Other:

Vorname(n)

First name(s)

Nachname

Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJ)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Geschlecht

Gender

Beruf (bitte machen Sie vollständige Angaben)

Occupation (please give full details)

Nationalität

Nationality

Wohnsitz (Land)

Country of residence

E-Mail-Adresse

Email address

Soll der Versicherungsnehmer unter dieser Police versichert werden? Ja Nein

Is the Policyholder to be insured under this policy?

Yes No

Adresse

Home address

Postleitzahl: Land
Postcode: Country

Korrespondenzadresse (falls abweichend)

Correspondence address (if different)

Postleitzahl: Land
Postcode: Country

Telefonnummern

Phone numbers

Privat:
Home:

Beruflich:
Work:

Mobil:
Mobile:

Fax:
Fax:

Angaben zu weiteren Familienmitgliedern

Additional family member details

Bitte machen Sie Angaben zu allen weiteren Familienmitgliedern, die unter dieser Police versichert werden sollen. Dazu gehören Ehepartner/Partner und alle Kinder unter 25 Jahren, die ständig bei Ihnen leben oder sich in Vollzeitausbildung befinden.

Please give details of any additional family members to be covered by this policy. This includes your spouse/partner and any children under the age of 25 years of age who are permanently living with you or in full time education.

Wenn mehr als vier weitere Familienmitglieder zu versichern sind, kopieren Sie diese Seite, bevor Sie diesen Abschnitt ausfüllen, und nummerieren Sie jedes Blatt mit den Kästchen auf der rechten Seite, damit wir die Reihenfolge nachvollziehen können.

If more than four additional family members are to be covered, please photocopy this page before you start filling in this section, and number each sheet using the boxes on the right to help us keep track.

Kopie Nummer von

Copy number of

1. Familienmitglied 1st family member

Anrede
Title

Vorname(n):
First name(s)

Nachname
Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJ)
Date of birth (DD-MM-YYYY)

Beziehung zu
Versicherungsnehmer
Relationship to policyholder

Beschäftigung
Occupation

Nationalität
Nationality

Wohnsitz (Land)
Country of residence

2. Familienmitglied 2nd family member

Anrede
Title

Vorname(n):
First name(s)

Nachname
Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJ)
Date of birth (DD-MM-YYYY)

Beziehung zu
Versicherungsnehmer
Relationship to policyholder

Beschäftigung
Occupation

Nationalität
Nationality

Wohnsitz (Land)
Country of residence

3. Familienmitglied 3rd family member

Anrede
Title

Vorname(n):
First name(s)

Nachname
Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJ)
Date of birth (DD-MM-YYYY)

Beziehung zu
Versicherungsnehmer
Relationship to policyholder

Beschäftigung
Occupation

Nationalität
Nationality

Wohnsitz (Land)
Country of residence

4. Familienmitglied 4th family member

Anrede
Title

Vorname(n):
First name(s)

Nachname
Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJ)
Date of birth (DD-MM-YYYY)

Beziehung zu
Versicherungsnehmer
Relationship to policyholder

Beschäftigung
Occupation

Nationalität
Nationality

Wohnsitz (Land)
Country of residence

Krankengeschichte

Medical history

Bitte bedenken Sie die folgenden Fragen sorgfältig und geben Sie an, ob eine Person Symptome einer Krankenhausbehandlung erlitten hat oder eine Behandlung erhalten oder eine Konsultation zu einer der folgenden Erkrankungen erhalten hat:

Please consider the following questions carefully and indicate whether any person has experienced symptoms of, been admitted to hospital for, or received any treatment / had consultations for any of the conditions below:

Kopie Nummer von
Copy number of

Versicherungsnehmer Policyholder	1. Familienmitglied 1st family member	2. Familienmitglied 2nd family member	3. Familienmitglied 3rd family member	4. Familienmitglied 4th family member
-------------------------------------	--	--	--	--

Herz- oder Gefäßerkrankungen

Heart or vascular disorders

Einschließlich koronarer Herzkrankheit, Brustschmerzen, Angina, Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel.
Including coronary artery disease, chest pains, angina, circulatory problems, varicose veins, high blood pressure, high cholesterol.

<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Krebs, Tumoren, Wucherungen, Zysten, Knötchen

Cancer, tumours, growths, cysts, moles

<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Muskel- oder Skelettprobleme

Muscular or skeletal problems

Darunter Arthritis, Gelenkschmerzen, Knorpel- oder Bänderprobleme, Rücken- und Nackenprobleme, Gelenkersatz, Ischias und Frakturen.
Including arthritis, joint pain, cartilage or ligament problems, back and neck problems, joint replacement, sciatica and fractures.

<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Verdauungsstörungen, Leber- und Gallenerkrankungen

Digestive, liver and gall bladder disorders

Einschließlich Geschwüre, wiederkehrende Verdauungsstörungen, Reizdarm, Veränderung der Stuhlgewohnheiten, rektale Blutungen, Hämorrhoiden und Hepatitis.
Including ulcers, recurring indigestion, irritable bowel, change in bowel habits, rectal bleeding, piles and hepatitis.

<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Psychiatrische und psychische Störungen

Psychiatric and psychological disorders

Einschließlich Depression, Stress, Angst, Schizophrenie, Anorexia nervosa, Bulimie und Zwangsstörungen.
Including depression, stress, anxiety, schizophrenia, anorexia nervosa, bulimia and compulsive disorders.

<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Harnstörungen

Urinary disorders

Einschließlich Blasen-, Nieren-, Prostataprobleme, Harnwegsinfektionen und Inkontinenz.
Including bladder, kidney, prostate problems, urinary infections and incontinence.

<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Ohren, Nase und Hals-Erkrankungen

Ears, nose and throat disorders

Einschließlich Ohrinfektionen, Sinusitis und Mandelentzündung.
Including ear infections, sinusitis and tonsillitis.

<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Augenerkrankungen

Eye disorders

Einschließlich Katarakten und Augeninfektionen.
Including cataracts and eye infections.

<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Endokrine und Stoffwechselstörungen

Endocrine and metabolic disorders

Einschließlich Diabetes, Schilddrüse und Gicht.
Including diabetes, thyroid and gout.

<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Krankengeschichte (Fortsetzung)

Medical history (continued)

Kopie Nummer von
Copy number of

Gynäkologische Störungen

Gynaecological disorders

Einschließlich schwere oder unregelmäßige Regelblutungen, Myome, Endometriose und abnormale Abstriche.
Including heavy or irregular periods, fibroids, endometriosis and abnormal smears.

<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Schwangerschaft/Komplikationen

Pregnancy/complications

Einschließlich Entbindung per Kaiserschnitt.
Including delivery by caesarean section.

<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Neurologische Störungen

Neurological disorders

Einschließlich Schlaganfall, Migräne, wiederkehrende Kopfschmerzen, Multiple Sklerose und Epilepsie.
Including stroke, migraines, recurring headaches, multiple sclerosis and epilepsy.

<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Atemwegsstörungen

Respiratory disorders

Einschließlich Asthma, Bronchitis und Kurzatmigkeit.
Including asthma, bronchitis, and shortness of breath.

<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Hautkrankheiten

Skin disorders

Einschließlich Ekzeme, Psoriasis, Sonnenkeratose.
Including eczema, psoriasis, solar keratosis.

<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Zahnkrankheiten

Dental disorders

Einschließlich betroffene Weisheitszähne.
Including impacted wisdom teeth.

<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Haben Sie oder jemand anderer, der unter Ihrer Police versichert wird, an AIDS oder HIV gelitten oder warten derzeit auf eine Behandlung, Untersuchung, Kontrolle oder die Ergebnisse von Untersuchungen auf AIDS oder HIV?

Do you or anyone else covered on your policy suffer from AIDS or HIV or are currently awaiting treatment, investigation, check ups or the results of investigations for AIDS or HIV?

<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein No
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Bitte geben Sie von jedem Antragstellenden die aktuelle Höhe in Metern und das Gewicht in Kilogramm an.
Please give the current height in metres and weight in kilogrammes of each applicant.

<input type="text"/> . <input type="text"/> m	<input type="text"/> . <input type="text"/> m	<input type="text"/> . <input type="text"/> m	<input type="text"/> . <input type="text"/> m	<input type="text"/> . <input type="text"/> m
<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg

Aktuelle Behandlung und Kontrollen

Current treatment and check ups

Erhalten Sie irgendeine andere Behandlung als die oben genannten oder nehmen Sie irgendwelche Medikamente?

Are you receiving any other treatment of any kind other than that stated above, or taking any medication of any kind?

Ja
Yes

Nein
No

Wenn ja, bitte nähere Angaben machen:

If yes, please give details:

Haben Sie regelmäßige Kontrolluntersuchungen für Erkrankungen wie Bluthochdruck, hohes Cholesterin, erhöhtes PSA (Prostata-spezifisches Antigen)?

Are you having regular check ups for conditions including high blood pressure, high cholesterol, raised PSA (prostate specific antigen)?

Ja
Yes

Nein
No

Wenn ja, bitte nähere Angaben machen:

If yes, please give details:

Wichtige Hinweise

Important notes

1. Es wird keine Haftung für Krankheiten übernommen, die vor dem Aufnahmedatum entstanden oder zum Zeitpunkt der Antragstellung vorhersehbar waren, es sei denn, eine solche Erkrankung wurde ALC Health schriftlich gemeldet und von der XL Catlin Insurance Company UK Limited akzeptiert.
1. No liability will be accepted for any medical condition which originated before the date of enrolment or which was foreseeable at the time of application unless such medical condition has been declared to ALC Health in writing and accepted by XL Catlin Insurance Company UK Limited.
2. Werden wir nicht über eine Erkrankung in Kenntnis gesetzt, kann dies dazu führen, dass Leistungsansprüche abgelehnt werden und/oder der Versicherungsschutz entzogen wird.
2. Failure to notify us of a medical condition may result in claims for benefit being refused and/or cover withdrawn.

Dies gilt auch dann, wenn eine professionelle Beratung noch nicht in Anspruch genommen wurde. Typische Beispiele sind Krampfadern, Allergien, Rückenschmerzen, Fußstörungen (z. B. Hallux valgus), Hämorrhoiden, gynäkologische Probleme (einschließlich Unregelmäßigkeiten der Menstruation), Schwangerschaftskomplikationen (z. B. Kaiserschnitt), Verdauungsstörungen, Hautprobleme, Probleme mit Herz, Gliedmaßen, Augen, "Nerven" usw., jegliche Ohren-, Nasen- oder Rachenprobleme oder jegliche Schmerzen, Schwellungen, Knoten oder Fieber.

Please ensure that you fully disclose any known or suspected conditions and symptoms experienced by anybody included in this application. This applies even if professional advice has not yet been sought. Typical examples are varicose veins, allergies, backache, foot disorders (e.g. bunions), piles, gynaecological problems (including any irregularities of menstruation), complications of pregnancy (e.g. caesarian section), digestive irregularities, skin problems, trouble with heart, limbs, eyes, 'nerves' etc, any ear, nose or throat problems or any pains, swellings, lumps or fever.

Arzt oder Ärzte, die in den letzten 5 Jahren am häufigsten konsultiert wurden

Medical practitioner(s) most used over the last 5 years

Name

Name

E-Mail-Adresse

Email address

Telefonnummer

Telephone number

Faxnummer

Fax number

Address

Adresse

<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Postleitzahl: Postcode:	Land Country

Krankheiten angeben

Declaring illnesses

Kopie Nummer

von

Copy number

of

"Wenn Sie auf eine der Fragen unter "Krankengeschichte" mit Ja geantwortet haben, müssen Sie hier vollständige Angaben machen. Bitte schreiben Sie, wenn nötig, auf einem separaten Blatt weiter"

If you've answered yes to any of the questions under Medical history, you must give full details here. Please continue on a separate sheet if necessary.

Vollständiger Name

Full name

Krankheitsdauer (MM-JJJJ)

Period of illness (MM-YYYY)

Dauer der Krankheit (z. B. 2 Wochen)

Duration of illness (e.g. 2 weeks)

Kurze Beschreibung der Krankheit

Brief description of illness

Ihr gegenwärtiger Gesundheitszustand in Bezug auf diese Krankheit

Your present state of health in respect of this illness

Vollständiger Name

Full name

Krankheitsdauer (MM-JJJJ)

Period of illness (MM-YYYY)

Dauer der Krankheit (z. B. 2 Wochen)

Duration of illness (e.g. 2 weeks)

Kurze Beschreibung der Krankheit

Brief description of illness

Ihr gegenwärtiger Gesundheitszustand in Bezug auf diese Krankheit

Your present state of health in respect of this illness

Vollständiger Name

Full name

Krankheitsdauer (MM-JJJJ)

Period of illness (MM-YYYY)

Dauer der Krankheit (z. B. 2 Wochen)

Duration of illness (e.g. 2 weeks)

Kurze Beschreibung der Krankheit

Brief description of illness

Ihr gegenwärtiger Gesundheitszustand in Bezug auf diese Krankheit

Your present state of health in respect of this illness

3 Allgemeiner Datenschutz Verordnung (DSGVO) General Data Protection Regulation (GDPR)

Dies ist nur eine Zusammenfassung der Datenschutzrichtlinie von ALC und Ihrer Rechte im Rahmen der DSGVO. Für eine vollständige Erklärung, wie wir Ihre persönlichen Daten und Ihre entsprechenden Rechte erfassen und verwenden, beachten Sie bitte unsere vollständige Datenschutzrichtlinie, die unter <https://www.alchealth.com/privacy.htm> einsehbar ist

This is only a summary of ALC's privacy policy and your rights under GDPR. For a complete explanation of how we gather and use your personal information and your corresponding rights, please review our complete Privacy Policy, which is available at <https://www.alchealth.com/privacy.htm>

Wenn Sie uns nachfolgend Ihre ausdrückliche Einwilligung erteilen, verarbeiten wir die persönlichen Daten, die wir von Ihnen oder von Dritten über Sie erhalten, soweit dies erforderlich ist, um Ihre Forderungen zu bearbeiten und zu verwalten, Ihnen zukünftige Marketinginformationen über Produkte oder Dienstleistungen, an denen Sie möglicherweise Interesse haben, sowie für alle anderen in unserer Datenschutzrichtlinie dargelegten Zwecke zu senden. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.

By providing your consent below, we will process the personal information we collect from you or that we receive from third parties about you as necessary to process and administer your claims, send you future marketing materials about products or services in which you may have interest, and for all other purposes set forth in our Privacy Policy. You may withdraw your consent at any time.

ALC sammelt viele Arten von Informationen, um effektiv zu arbeiten und Ihnen die besten Produkte, Dienstleistungen und Erfahrungen anzubieten, die wir anbieten können. Unabhängig von der Quelle glauben wir, dass es wichtig ist, diese Informationen mit Sorgfalt zu behandeln und Ihnen zu helfen, Ihre Privatsphäre zu bewahren.

ALC collects many kinds of information in order to operate effectively and provide you the best products, services and experiences we can. Regardless of the source, we believe it is important to treat that information with care and to help you maintain your privacy.

Wir können Ihre Daten an Dritte weitergeben, die in unserem Namen Dienstleistungen zur Unterstützung unserer Geschäftsaktivitäten erbringen. Diese Unternehmen sind berechtigt, Ihre persönlichen Daten nur dann zu verwenden, wenn dies für die Erbringung dieser Dienstleistungen erforderlich ist. Wenn wir Informationen mit diesen anderen Unternehmen teilen, damit sie für uns Dienstleistungen erbringen können, dürfen sie diese nicht für andere Zwecke verwenden und müssen sie vertraulich behandeln. Diese Dienstleistungen können umfassen:

- Beurteilen und Verwalten des Schadenprozesses
- Zahlungsabwicklung für Gesundheitsdienstleister
- Bereitstellung von Kundenservice
- Senden von Marketing-Mitteilungen

We may share your information with third parties who provide services on our behalf to help with our business activities. These companies are authorized to use your personal information only as necessary to provide these services to us. When we share information with these other companies to provide services for us, they are not allowed to use it for any other purpose and must keep it confidential. These services may include:

- Adjudicating and managing the claims process
- Payment processing to healthcare providers
- Providing customer service
- Sending marketing communications

In bestimmten Situationen kann es erforderlich sein, dass ALC personenbezogene Daten als Reaktion auf rechtmäßige Anfragen von Behörden offen legt, einschließlich der Erfüllung nationaler Sicherheits- oder Strafverfolgungsbestimmungen.

Sie stimmen hiermit der Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten durch ALC gemäß Artikel 6(1)(a) der DSGVO zu, wie oben beschrieben und ausführlicher in der Datenschutzrichtlinie unter <https://www.alchealth.com/privacy.htm> beschrieben.

In certain situations, ALC may be required to disclose personal data in response to lawful requests by public authorities, including to meet national security or law enforcement requirements.

You hereby consent to ALC's processing of your personal information pursuant to Article 6(1)(a) of the GDPR as described above and more fully in the privacy policy available at <https://www.alchealth.com/privacy.htm>

4 Hinweis auf faire und transparente Verarbeitung Fair Processing Notice

Diese Datenschutzrichtlinie beschreibt, wie XL Catlin Insurance Company UK Limited und Catlin Underwriting Agencies Limited in Bezug auf das Syndikat 2003 (für die Zwecke dieser Mitteilung "**wir**", "**uns**" oder der "**Versicherer**") die persönlichen Daten von **Versicherten**, Anspruchsberechtigten und anderen Parteien (für die Zwecke dieser Mitteilung "**Sie**") sammeln und verwenden, wenn **wir unsere** Versicherungs- und Rückversicherungsdienstleistungen erbringen.

This Privacy Notice describes how XL Catlin Insurance Company UK Limited and Catlin Underwriting Agencies Limited in respect of Syndicate 2003 (for the purpose of this notice "**we**", "**us**" or the "**Insurer**") collect and use the personal information of **insureds**, claimants and other parties (for the purpose of this notice "**you**") when **we** are providing **our** insurance and reinsurance services. Die Informationen, die dem **Versicherer** zur Verfügung gestellt werden, werden zusammen mit medizinischen und anderen Informationen, die er von **Ihnen** oder von anderen Parteien über **Sie** im Zusammenhang mit dieser Police erhält, vom **Versicherer** für die Bestimmung **Ihres** Antrags, den Betrieb der Versicherung (einschließlich des Prozesses des Versicherungsabschlusses, der Verwaltung, des Schadensbearbeitungsmanagements, der Analyse in Bezug auf Versicherung, Rehabilitation und die Bearbeitung von Kundenanliegen) sowie der Betrugsprävention und -aufdeckung verwendet. **Wir** können gesetzlich dazu verpflichtet sein, bestimmte persönliche Daten über **Sie** zu sammeln, oder als Folge eines Vertragsverhältnisses, das **wir mit Ihnen** haben. Die Nichtbereitstellung dieser Informationen kann die Erfüllung dieser Verpflichtungen verhindern oder verzögern. The information provided to the **Insurer**, together with medical and any other information obtained from **you** or from other parties about **you** in connection with this policy, will be used by the **Insurer** for the purposes of determining **your** application, the operation of insurance (which includes the process of underwriting, administration, claims management, analytics relevant to insurance, rehabilitation and customer concerns handling) and fraud prevention and detection. **We** may be required by law to collect certain personal information about **you**, or as a consequence of any contractual relationship **we** have with **you**. Failure to provide this information may prevent or delay the fulfilment of these obligations.

Die Informationen werden vom **Versicherer** zu diesen Zwecken an Gruppengesellschaften und Drittversicherer, Rückversicherer, Versicherungsvermittler und Dienstleister weitergegeben. Solche Parteien können in Bezug auf **Ihre** persönlichen Daten zu Verantwortlichen für die Datenverarbeitung werden. Da **wir** als Teil eines globalen Unternehmens tätig sind, können **wir Ihre** persönlichen Daten für diese Zwecke außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums übermitteln.

Information will be shared by the **Insurer** for these purposes with group companies and third party insurers, reinsurers, insurance intermediaries and service providers. Such parties may become data controllers in respect of **your** personal information. Because **we** operate as part of a global business, **we** may transfer **your** personal information outside the European Economic Area for these purposes.

Sie haben bestimmte Rechte in Bezug auf **Ihre** persönlichen Daten, die den lokalen Gesetzen unterliegen. Dazu gehören das Recht, Zugang, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Widerspruch und Erhalt **Ihrer** persönlichen Daten in einem nutzbaren elektronischen Format zu verlangen und diese an Dritte weiterzugeben (Recht auf Datenübertragbarkeit).

You have certain rights regarding **your** personal information, subject to local law. These include the rights to request access, rectification, erasure, restriction, objection and receipt of **your** personal information in a usable electronic format and to transmit it to a third party (right to portability).

Wenn **Sie** Fragen oder Bedenken bezüglich der Verwendung **Ihrer** persönlichen Daten haben, wenden **Sie** sich bitte an: compliance@xlcatlin.com

If **you** have questions or concerns regarding the way in which **your** personal information has been used, please contact: compliance@xlcatlin.com

Wir verpflichten **uns**, mit **Ihnen** zusammenzuarbeiten, um eine gerechte Lösung für alle Beschwerden oder Bedenken bezüglich des Datenschutzes zu erreichen. Wenn **Sie** jedoch der Meinung sind, dass **wir** nicht in der Lage waren, **Ihnen** bei **Ihrer** Beschwerde oder **Ihrem** Anliegen zu unterstützen, haben **Sie** das Recht, eine Beschwerde beim britischen Information Commissioner's Office einzureichen.

We are committed to working with **you** to obtain a fair resolution of any complaint or concern about privacy. If, however, **you** believe that **we** have not been able to assist with **your** complaint or concern, **you** have the right to make a complaint to the UK Information Commissioner's Office.

Weitere Informationen darüber, wie **wir Ihre** persönlichen Daten verarbeiten, finden **Sie** in **unseren** vollständigen Datenschutzrichtlinien unter: <http://xlgroup.com/footer/privacy-and-cookies>

For more information about how **we** process **your** personal information, please see **our** full privacy notice at: <http://xlgroup.com/footer/privacy-and-cookies>

5 Ihre Erklärung Your declaration

1. Ich habe die vollständigen Definitionen, Leistungen, Ausschlüsse und Bedingungen zu dieser Police erhalten und gelesen, darunter der allgemeine Ausschluss 1 hinsichtlich Vorerkrankungen und Allgemeine Bedingung 7 hinsichtlich geltendem Recht. Ich verstehe, dass das Antragsformular, das Versicherungszertifikat und der Wortlaut der Police den Vertrag ausmachen und das alle Teil der Police sind. Mir ist bekannt, dass die Leistungen in Übereinstimmung mit der Police erfolgen werden. Allgemeiner Ausschluss 1 hinsichtlich Vorerkrankungen ist für die Bedingungen des vollständigen medizinischen Versicherungsabschlusses. Jegliche persönliche Ausschlüsse werden auf Ihrem Versicherungszertifikat angegeben.

I have received and read the full Definitions, Benefits, Exclusions and Conditions of this Policy including General Exclusion 1 relating to Pre-existing Conditions and General Condition 7 relating to Governing Law. I understand that the Application Form, Certificate of Insurance and the Policy Wording make up the contract between us and all form part of the policy. I am aware that cover shall be provided in accordance with the policy. General Exclusion 1 relating to Pre-existing Conditions is not applicable to medical underwriting transfers. Any personal exclusions will be stated on your Certificate of Insurance.

2. Ich/wir erkläre/n, dass die in diesem Antrag gegebenen Informationen nach meinem/unserem besten Wissen und Gewissen korrekt und vollständig sind. Ich/wir haben uns bemüht, bei der Offenlegung dieser Informationen keine falschen Angaben zu machen und ich/wir verstehe/n, dass alle zur Verfügung gestellten Informationen für die Annahme und Bewertung dieser Versicherung, die Bedingungen, zu denen sie akzeptiert werden, und die erhobene Prämie relevant sind.

I/we declare that the information disclosed in this proposal is, to the best of my/our knowledge and belief, both accurate and complete. I/we have taken care not to make any misrepresentation in the disclosure of this information and understand that all information provided is relevant to the acceptance and assessment of this insurance, the terms on which it is accepted and the premium charged.

3. Mir ist bewusst, dass ich, sollte ich mit dem Inhalt dieser Police nicht zufrieden sein, die Versicherung innerhalb von 14 Tagen nach Vervollständigung dieses Vertrags, wie im Wortlaut der Police beschrieben, kündigen kann.

I understand that if I am not satisfied with the content of this policy, I may cancel the insurance within 14 days of the completion of this contract as set out in the Policy Wording.

4. Wenn ich angegeben habe, dass ich per Kredit-/Debitkarte zahlen möchte, erteile ich à la carte healthcare limited die Genehmigung, mein Konto bis zu vier Tage vor dem Fälligkeits-/Erneuerungsdatum mit dem entsprechenden Beitrag zu belasten sowie alle darauffolgenden Folgeprämien wie benachrichtigt, bis ich schriftlich mitteile, dass ich diese Vereinbarung auflösen möchte. Mir ist bewusst, dass à la carte healthcare keine Haftung übernimmt, wenn meine Police verfällt, sollte die Kredit-/Debitkarte abgelehnt werden und ich nicht innerhalb von sieben Tagen auf Anfragen einer alternativen Zahlungsmethode reagiere.

If I have indicated that I wish to pay by credit/debit card, I authorise à la carte healthcare limited to debit my account up to 4 days in advance of the collection/renewal date with the appropriate premium, and all subsequent renewal premiums due as notified until I give written notice that I wish to terminate this Agreement. I understand that à la carte healthcare limited cannot be liable if my policy is lapsed should the credit/debit card be declined and I do not respond to requests for alternative methods of payment within 7 days.

5. Mit der Unterzeichnung dieses Formulars bestätigt der Versicherungsnehmer, dass:

- jede von dieser Versicherung gedeckte Person damit einverstanden war, dass der Versicherungsnehmer in ihrem Namen diese Versicherung beantragt
- der Versicherungsnehmer im Namen dieser Familienmitglieder und seiner selbst zustimmt, dass ALC Health, seine Versicherer und seine Schadensregulierer persönliche Informationen in den oben beschriebenen Arten nutzen.

By signing this form the policyholder confirms that:

- anyone included on the plan has agreed that the policyholder has their permission to act for them to set up this plan
- the policyholder consents on behalf of those family members and themselves to ALC Health, its underwriters and its claims handlers using personal information in the ways described above.

6. Ich habe den Hinweis zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gelesen, das diesem Antragsformular beigelegt ist, als auch die Datenschutzrichtlinien, die einsehbar sind unter <https://www.alchealth.com/privacy.htm>

I have read the General Data Protection Regulation (GDPR) notice as contained in this Application Form and the Privacy Policy which is available at <https://www.alchealth.com/privacy.htm>

7. Wenn Sie nicht angemessene Sorgfalt walten lassen und die Informationen, die Sie uns geben, ungenau oder unvollständig sind, können wir eine der folgenden Maßnahmen ergreifen:

- (i) Ihre Versicherung ablehnen;
- (ii) Ihre Mitgliedschaft für ungültig erklären (Ihre Versicherung behandeln, als hätte es sie nicht gegeben);
- (iii) Die Bedingungen Ihrer Versicherung ändern oder
- (iv) uns weigern, einen Teil oder alle Ansprüche zu bearbeiten oder die Höhe der Anspruchszahlungen senken.

If you don't take reasonable care and the information you give us is inaccurate or incomplete then we may take one or more of the following actions:

- (i) Cancel your plan;
- (ii) Declare your membership void (treating your plan as if it had never existed);
- (iii) Change the terms of your plan; or
- (iv) Refuse to deal with all or part of any claim or reduce the amount of any claims payments.

Wir können Sie darum bitten, uns weitere Informationen und/oder Unterlagen zukommen zu lassen, um zu gewährleisten, dass die Informationen, die Sie uns gegeben haben, als Sie die Versicherung abgeschlossen, geändert oder erneuert haben, genau und vollständig sind.

Wir und Sie sind berechtigt, das für diesen Versicherungsvertrag maßgebliche Recht zu wählen. Wir schlagen englisches Recht vor und dies gilt, wenn nicht anders vereinbart.

Es besteht erst dann Versicherungsschutz, wenn der Versicherer diesen Antrag akzeptiert und die Prämie bezahlt wurde. Der Versicherer behält sich das Recht vor, jeden Versicherungsantrag abzulehnen oder andere Prämien und Bedingungen als jene anzubieten, die in Abhängigkeit von den von Ihnen gemachten Angaben angeboten werden.

We may ask you to provide further information and/or documentation to make sure that the information you gave us when taking out, making changes to or renewing your plan was accurate and complete.

We and you are entitled to choose the law that will govern this contract of insurance. We propose English law and this will apply unless otherwise agreed.

No cover is in force until this proposal is accepted by the insurer and the premium is paid. The insurer reserves the right to decline any insurance proposal or to offer different premium and terms from those quoted dependent on the information you have provided.

7. ALC Health wird von der britischen Finanzbehörde beaufsichtigt und bietet in Deutschland unter Berufung auf die Dienstleistungsfreiheit nach der EU-Vermittlerrichtlinie Produkte an. Zur Vermeidung von Zweifeln stellt diese Police keinen Ersatz für die deutsche gesetzliche Krankenversicherung dar. Diese Police ist für diejenigen geeignet, die zu einer gesetzlichen Versicherung nicht berechtigt sind und/oder zusätzlichen Versicherungsschutz benötigen.

ALC Health is regulated by the UK Financial Conduct Authority and offers products in Germany pursuant to rights of freedom of services under the EU Insurance Mediation Directive. For the avoidance of any doubt, this policy is not a substitute for or in lieu of German Public Health Insurance. This policy is appropriate for those who are not eligible for Public Insurance and/or require additional cover.

Versicherungsbeginn

Policy start date

Datum (TT-MM-JJJJ)

Date (DD-MM-YYYY)

"Ihre Versicherung kann erst beginnen, wenn wir dieses Formular erhalten und akzeptiert haben. Wenn Sie den Versicherungsschutz zu einem späteren Datum beginnen lassen wollen, müssen Sie uns über alle wesentlichen Änderungen zu den in diesem Antragsformular vorgelegten Informationen in Kenntnis setzen. Sie können nicht beantragen, dass der Versicherungsschutz mehr als 60 Tage nach Vervollständigung dieses Antragsformulars beginnt."

Your policy cannot start until we receive and accept this form. If you'd like your cover to start at a future date, you must let us know if there are any changes to the information given in this form – you cannot apply for cover more than 60 days in advance of completion of this form.

Unterlagen

Documentation

Möchten Sie alle Versicherungsunterlagen und zukünftige Korrespondenz per E-Mail erhalten? Wir werden die Adresse von Seite 2 verwenden.

Ja Nein
Yes No

Would you like to receive all policy documentation and future correspondence by email? We'll use the address from page 2.

Bestätigung

Confirmation

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Policyholder signature

Die Unterzeichnung dieses Antrags verpflichtet Sie nicht zum Abschluss dieser Versicherung.

Signing this Application does not bind you to enter into this insurance.

Datum der Unterschrift (TT-MM-JJJJ)

Date signed (DD-MM-YYYY)

Wenn Sie eine digitale Version dieses Formulars ausfüllen, kreuzen Sie das nachfolgende Kästchen an, um die Erklärung anzuerkennen.

If you're completing a digital version of this form, please tick the box below to acknowledge the declaration.

Ich, der Versicherungsnehmer, bestätige, dass ich diese Erklärung gelesen und verstanden habe

I confirm, as the policyholder, I have read and understood this declaration

Agenturname

Agency Name

Agenturnummer

Agency Number

Dieses Dokument wurde aus dem Englischen übersetzt. Im Streitfall nimmt die englisch Version Vorrang ein. Obwohl keine Mühe gescheut wurde, die Genauigkeit der Übersetzung zu sichern, kann ALC Health für etwaige Fehler oder Auslassungen oder Fehlinterpretationen in der Übersetzung nicht haftbar gemacht werden.

This document was translated from English to German. In the event of a dispute, the English version takes precedence. Although no effort was spared in respect of the translation's accuracy, ALC Health cannot be held liable for any possible mistakes, omissions or misinterpretations in the translation.

ALC Catlin Insurance Company UK Limited ist durch die Prudential Regulation Authority zugelassen und durch die Financial Conduct Authority (FCA) und die Prudential Regulation Authority (PRA) beaufsichtigt.

Global Response Ltd. Eingetragener Firmensitz 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex BN43 6BF. Eingetragen in England und Wales. Registrierte Nummer 05830667.

ALC Health ist ein Handelsstil von à la carte healthcare ltd. Registriert in England Nr. 4163178. Eingetragener Sitz: Chanctonfold Barn, Chanctonfold, Horsham Road, Steyning, West Sussex BN44 3AA, Vereinigtes Königreich. à la carte healthcare limited ist durch die Financial Conduct Authority (FCA) zugelassen und beaufsichtigt. à la carte healthcare ltd ist Teil der IMG Unternehmensgruppe.