

Vollständige medizinische Risikoprüfung (Deutschland)

Full Medical Underwriting (Germany)

Versichert durch Catlin Insurance Company (UK) Ltd

Underwritten by Catlin Insurance Company (UK) Ltd

Dezember 2015

December 2015

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.
- Bitte achten Sie darauf, dass Sie für alle Mitglieder, die unter dieser Versicherung versichert werden sollen, genaue und vollständige Angaben machen und unterzeichnen Sie die Erklärung auf Seite 9.
- Please take care to provide accurate and complete answers for all members who are to be insured under this plan and sign the Declaration on page 9.
- Bitte lesbar und in Blockbuchstaben ausfüllen.
- Please write clearly using capital letters.
- Sollten Sie Fragen haben, rufen Sie uns an unter +44 (0) 1903 817970 (UK), +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?

- Schicken Sie uns Ihr ausgefülltes Formular über **eine** der folgenden Optionen:
- 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.
- Sowie Ihre Zahlung bei uns eingetroffen ist, erhalten Sie von uns Ihre Police-Unterlagen.
- 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** unten, unter dem jede Person in diesem Antrag gedeckt wird, 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 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 <input type="checkbox"/> Dental treatment	<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlung <input type="checkbox"/> Dental treatment	<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlung <input type="checkbox"/> Dental treatment
<input type="checkbox"/> Evakuierung oder Überführung <input type="checkbox"/> Evacuation or Repatriation	<input type="checkbox"/> Evakuierung oder Überführung <input type="checkbox"/> Evacuation or Repatriation	<input type="checkbox"/> Evakuierung oder Überführung <input type="checkbox"/> 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 & Geburt, Zahnärztliche Behandlung, Evakuierungs- oder Rückführungsoptionen 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"/> per Kredit-/Debitkarte
By Credit / Debit Card | oder | <input type="checkbox"/> per Scheck
By Cheque | oder | <input type="checkbox"/> per Überweisung
By Bank Transfer |
| <input type="checkbox"/> Vierteljährlich
Quarterly | → | <input type="checkbox"/> per Kredit-/Debitkarte
By Credit / Debit Card | | | | |
| <input type="checkbox"/> Monatlich
Monthly | → | <input type="checkbox"/> per Kredit-/Debitkarte
By Credit / Debit Card | | | | |

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

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 gehen Sie die folgenden Fragen sorgfältig durch und geben Sie an, ob eine der zu versichernden Personen für eine der unten dargelegten Erkrankungen Symptome gezeigt hat, ins Krankenhaus eingeliefert wurde oder Behandlungen/Konsultationen hatte:

Kopie Nummer von

Copy number of

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:

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 koronare Herzkrankheit, Brustschmerzen, Angina, Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Bluthochdruck, hohen Cholesterinspiegels.

Including coronary artery disease, chest pains, angina, circulatory problems, varicose veins, high blood pressure, high cholesterol.

Ja
Yes

Nein
No

Krebs, Tumore, Geschwülste, Zysten, Leberflecken

Cancer, tumours, growths, cysts, moles

Ja
Yes

Nein
No

Probleme des Muskel- oder Skelettsystems

Muscular or skeletal problems

Einschließlich Arthritis, Gelenksbeschwerden, Knorpel- und Bänderprobleme, Rücken- und Halsprobleme, Gelenkersatz, Ischiasbeschwerden und Frakturen.

Including arthritis, joint pain, cartilage or ligament problems, back and neck problems, joint replacement, sciatica and fractures.

Ja
Yes

Nein
No

Verdauungs-, Leber- und Gallenblasenerkrankungen

Digestive, liver and gall bladder disorders

Einschließlich Geschwüre, wiederkehrende Verdauungsbeschwerden, Reizdarm, Änderung der Stuhlgewohnheiten, rektale Blutungen, Hämorrhoiden und Hepatitis.

Including ulcers, recurring indigestion, irritable bowel, change in bowel habits, rectal bleeding, piles and hepatitis.

Ja
Yes

Nein
No

Psychiatrische und psychologische Erkrankungen

Psychiatric and psychological disorders

Einschließlich Depressionen, Stress, Angstzuständen, Schizophrenie, Magersucht, Bulimie und Zwangsstörungen.

Including depression, stress, anxiety, schizophrenia, anorexia nervosa, bulimia and compulsive disorders.

Ja
Yes

Nein
No

Harninfekte

Urinary disorders

Einschließlich Blasen-, Nieren-, Prostataprobleme, Harnwegsinfektionen und Inkontinenz.

Including bladder, kidney, prostate problems, urinary infections and incontinence.

Ja
Yes

Nein
No

Hals-, Nasen- und Ohren-Erkrankungen

Ears, nose and throat disorders

Einschließlich Ohreninfektionen, Sinusitis und Tonsillitis.

Including ear infections, sinusitis and tonsillitis.

Ja
Yes

Nein
No

Augenerkrankheiten

Eye disorders

Einschließlich Katarakte und Augeninfektionen.

Including cataracts and eye infections.

Ja
Yes

Nein
No

Hormon- und Stoffwechselstörungen

Endocrine and metabolic disorders

Einschließlich Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen und Gicht.

Including diabetes, thyroid and gout.

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

Gynäkologische Erkrankungen

Gynaecological disorders

Einschließlich starke oder unregelmäßige Menstruation, Fibrome, Endometriose und abnormer Ausfluss.

Including heavy or irregular periods, fibroids, endometriosis and abnormal smears.

<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								
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Neurologische Störungen

Neurological disorders

Einschließlich Schlaganfall, Migränen, 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								
------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Atemwegserkrankungen

Respiratory disorders

Einschließlich Asthma, Bronchitis und Kurzatmigkeit.

Including asthma, bronchitis, and shortness of breath.

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

Hauterkrankungen

Skin disorders

Einschließlich Ekzeme, Psoriasis, solare Keratose.

Including eczema, psoriasis, solar keratosis.

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

Zahnleiden

Dental disorders

Einschließlich verlagerte Weisheitszähne.

Including impacted wisdom teeth.

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

Leiden Sie oder eine andere unter dieser Police versicherte Person an AIDS oder HIV oder stehen Behandlungen, Untersuchungen, Check-ups oder Untersuchungsergebnisse für AIDS oder HIV aus?

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

Bitte geben Sie für jeden Antragsteller die derzeitige Größe in Metern und das Gewicht in Kilogramm an.

Please give the current height in metres and weight in kilograms of each applicant.

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

Aktuelle Behandlung und Check-ups

Current treatment and check ups

Sind Sie, abgesehen von den oben genannten, in einer Behandlung oder nehmen Sie irgendwelche Medikamente ein?

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

Ja Nein
Yes No

Wenn ja, machen Sie dazu bitte Angaben:

If yes, please give details:

Haben Sie regelmäßig Untersuchungen zu Erkrankungen wie Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, erhöhter PSA (prostataspezifisches Antigen)-Wert?

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

Ja Nein
Yes No

Wenn ja, machen Sie dazu bitte Angaben:

If yes, please give details:

Wichtige Hinweise

Important notes

1. Es wird keine Haftung für Krankheiten übernommen, die vor dem Aufnahmedatum aufgetreten sind oder deren Auftreten zum Zeitpunkt der Aufnahme vorhersehbar war, sofern eine solche Krankheit ALC Health nicht schriftlich erklärt und von Catlin Insurance Company (UK) Ltd. akzeptiert wurde.

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 Catlin Insurance Company (UK) Ltd.

2. Im Falle einer nicht erklärten Erkrankung können Leistungsansprüche abgewiesen und/oder kann der Versicherungsschutz zurückgezogen werden.

2. Failure to notify us of a medical condition may result in claims for benefit being refused and/or cover withdrawn.

Bitte achten Sie darauf, alle bekannten oder vermuteten Krankheiten und Symptome jeder in diesem Antrag aufgelisteten Person vollständig offenzulegen. Das gilt auch dann, wenn noch keine fachkundige Beratung in Anspruch genommen wurde. Typische Beispiele sind Krampfadern, Allergien, Rückenschmerzen, Fußbeschwerden (z. B. entzündete Fußballen), Hämorrhiden, gynäkologische Probleme (einschließlich Menstruationsunregelmäßigkeiten), Schwangerschaftskomplikationen (z. B. Kaiserschnitt), Verdauungsunregelmäßigkeiten, Hautprobleme, Probleme mit Herz, Gliedmaßen, Augen, „Nerven“ usw., jegliche Hals-, Nasen- oder Ohrenprobleme 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.

Der Arzt/die Ärzte, der/die in den letzten 5 Jahren am häufigsten konsultiert wurde(n)

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

Name

Name

E-Mail-Adresse

Email address

Telefonnummer

Telephone number

Faxnummer

Fax number

Adresse

Address

Postleitzahl: Land
Postcode: Country

Krankheiten angeben

Declaring illnesses

Kopie Nummer von

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.

Copy number of

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

Kurze Beschreibung der Erkrankung

Brief description of illness

Zeitraum der Erkrankung
(MM-JJJJ)

Period of illness (MM-YYYY)

Dauer der Erkrankung (z. B. 2 Wochen)

Duration of illness (e.g. 2 weeks)

Ihr aktueller Gesundheitszustand in Bezug auf diese Erkrankung

Your present state of health in respect of this illness

Vollständiger Name

Full name

Kurze Beschreibung der Erkrankung

Brief description of illness

Zeitraum der Erkrankung
(MM-JJJJ)

Period of illness (MM-YYYY)

Dauer der Erkrankung (z. B. 2 Wochen)

Duration of illness (e.g. 2 weeks)

Ihr aktueller Gesundheitszustand in Bezug auf diese Erkrankung

Your present state of health in respect of this illness

Vollständiger Name

Full name

Kurze Beschreibung der Erkrankung

Brief description of illness

Zeitraum der Erkrankung
(MM-JJJJ)

Period of illness (MM-YYYY)

Dauer der Erkrankung (z. B. 2 Wochen)

Duration of illness (e.g. 2 weeks)

Ihr aktueller Gesundheitszustand in Bezug auf diese Erkrankung

Your present state of health in respect of this illness

Vollständiger Name

Full name

Kurze Beschreibung der Erkrankung

Brief description of illness

Zeitraum der Erkrankung
(MM-JJJJ)

Period of illness (MM-YYYY)

Dauer der Erkrankung (z. B. 2 Wochen)

Duration of illness (e.g. 2 weeks)

Ihr aktueller Gesundheitszustand in Bezug auf diese Erkrankung

Your present state of health in respect of this illness

Vollständiger Name

Full name

Kurze Beschreibung der Erkrankung

Brief description of illness

Zeitraum der Erkrankung
(MM-JJJJ)

Period of illness (MM-YYYY)

Dauer der Erkrankung (z. B. 2 Wochen)

Duration of illness (e.g. 2 weeks)

Ihr aktueller Gesundheitszustand in Bezug auf diese Erkrankung

Your present state of health in respect of this illness

Vollständiger Name

Full name

Kurze Beschreibung der Erkrankung

Brief description of illness

Zeitraum der Erkrankung
(MM-JJJJ)

Period of illness (MM-YYYY)

Dauer der Erkrankung (z. B. 2 Wochen)

Duration of illness (e.g. 2 weeks)

Ihr aktueller Gesundheitszustand in Bezug auf diese Erkrankung

Your present state of health in respect of this illness

Vollständiger Name

Full name

Kurze Beschreibung der Erkrankung

Brief description of illness

Zeitraum der Erkrankung
(MM-JJJJ)

Period of illness (MM-YYYY)

Dauer der Erkrankung (z. B. 2 Wochen)

Duration of illness (e.g. 2 weeks)

Ihr aktueller Gesundheitszustand in Bezug auf diese Erkrankung

Your present state of health in respect of this illness

3 Datenschutzgesetz 1998 Data Protection Act 1998

Um Ihre Versicherung auszustellen und zu betreuen, werden ALC Health, seine Versicherer Catlin Insurance Company (UK) und seine ernannten Schadensregulierer Healix International Informationen über Sie und alle unter dieser Versicherung abgedeckten Personen speichern und nutzen. Diese Informationen wurden uns von Ihnen, unter dieser Versicherung abgedeckten Familienmitgliedern oder Gesundheitsanbietern übermittelt. Bitte geben Sie sensible Informationen (zum Beispiel Gesundheitsinformationen) über unter dieser Versicherung gedeckte Familienmitglieder über 16 Jahren nur dann an Gesundheitsanbieter weiter, wenn Sie die Erlaubnis dazu haben. Wenn Sie uns diese Informationen übermitteln, betrachten wir das als Bestätigung, dass Sie die Erlaubnis dazu haben.

To set up and manage your plan, ALC Health, its underwriters Catlin Insurance Company (UK) Ltd and its appointed claims handlers Healix International, will hold and use information about you and anyone included under the plan. This information may have been supplied by you, family members covered under the plan, or healthcare providers. Please only provide healthcare providers with sensitive information (such as health information) about family members aged over 16, covered under the plan, if you have their consent to do so. If you give us this information we'll take this as confirmation that you have their consent.

Bevor Sie das Formular unterzeichnen und zurückschicken, muss jede Person über 16 Jahren, die unter Ihrer Police versichert werden soll, die für die Versicherung geltenden allgemeinen Geschäftsbedingungen verstehen.

Before you sign and return this form it is important that anyone over the age of 16 that you wish to include under your policy, understands the terms and conditions that apply to the plan.

ALC Health und seine Versicherer können andere Organisationen beauftragen, einige ihrer Aufgaben zu übernehmen und ihre Computersysteme zu betreiben und zu verbessern. Neben der Kommunikation mit Gesundheitsanbietern werden ALC Health's Versicherer Informationen mit ALC Health teilen, um Ihre Ansprüche zu verwalten. ALC Health und seine Versicherer können Informationen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, in denen die Gesetze zum Schutz persönlicher Informationen nicht so streng sind wie im EWR. Sie werden immer Schritte einleiten, um sicherzustellen, dass alle für sie arbeitenden Organisationen ein angemessenes Maß an Schutz bieten.

ALC Health, its underwriters or its claims handlers may employ other organisations to undertake some of their work for them and to run and improve their computer systems. As well as communication with your healthcare providers, ALC Health's underwriters and/or its claims handlers will share information with each other and with ALC Health in order to manage your claims. ALC Health, its underwriters or its claims handlers may transfer information to countries outside the European Economic Area (EEA) where the laws protecting personal information are not as strong as in the EEA. They will always take steps to ensure that all organisations working for them provide an appropriate level of protection. Der Versicherungsnehmer ist der Rechtsinhaber der Versicherung. ALC Health und seine Versicherer werden die meisten schriftlichen Mitteilungen zu der Versicherung und zu Ansprüchen an den Versicherungsnehmer schicken. Wenn eine volljährige Person (über 18 Jahren), die Sie unter der Versicherung abdecken möchten, das nicht wünscht, muss diese Person ihre eigene Versicherung beantragen.

The policyholder is the legal owner of the plan. ALC Health and its underwriters will send most of their written communications about the plan and about any claims to the policyholder. If any person over 18 that you intend to cover under the plan does not wish them to do this, that person should apply for their own plan. 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.

ALC Health und seine Versicherer können Informationen direkt oder über geteilte Datenbanken an Dritte weitergeben. Zu diesen Dritten gehören andere Versicherer und Strafverfolgungsbehörden. Damit sollen Verbrechen, einschließlich Betrug oder andere missbräuchliche Forderungen, vermieden oder untersucht werden. In einigen Fällen müssen ALC Health oder seine Versicherer Informationen über ihre Vermutungen eines Verbrechens an Strafverfolgungsbehörden weiterleiten und werden die zuständige Aufsichtsbehörde informieren, wenn sie guten Grund haben, die Fähigkeiten eines Gesundheitsanbieters in Frage zu stellen.

ALC Health, its underwriters and/or its claims handlers may pass information directly to third parties or by using shared databases. These third parties will include other insurers and law enforcement agencies. This is to prevent or investigate crime, including fraudulent or other improper claims. In some circumstances ALC Health, its underwriters or its claims handlers must provide information about their suspicions of crime to law enforcement agencies and will let the relevant regulatory body know when it has good reason to question a healthcare provider's fitness to practice.

Wenn eine Person Details zu den von ALC Health über sie gesammelten Informationen wünscht, sollte sie ALC Health kontaktieren. Wenn sie Details zu den von Versicherern über sie gesammelten Informationen wünschen, sollten sie sich an den Datenschutzmanager, Catlin Insurance Company (UK) Ltd, 20 Gracechurch Street, London EC3V 0BG, wenden. Wenn sie Details zu den von Schadensregulierern über sie gesammelten Informationen wünschen, sollten sie sich an Healix International, Healix House, Esher Green, Esher, Surrey KT10 8AB, wenden. ALC Health, seine Versicherer und/oder Schadensregulierer können für diesen Dienst eine Gebühr erheben.

If any person would like details of the information that ALC Health holds about them they should contact ALC Health. If they would like details of the information that the underwriter holds about them they should write to the Data Protection Manager, Catlin Insurance Company (UK) Ltd, 20 Gracechurch Street, London EC3V 0BG. If they would like details of the information that the claims handlers hold about them, they should write to Healix International, Healix House, Esher Green, Esher, Surrey KT10 8AB. ALC Health, its underwriters and/or its claims handlers may charge a fee for this service.

Durch Ihre Unterzeichnung und Rücksendung dieses Formulars stimmen Sie zu, dass ALC Health, seine Versicherer, seine Schadensregulierer und andere von ALC Health ermächtigten Organisationen die von Ihnen bereitgestellten Informationen nutzen dürfen, um Sie per Post, Telefon, E-Mail oder SMS über Produkte, Dienstleistungen und Gesundheitsinformationen zu informieren, es sei denn, Sie verneinen das durch Ankreuzen dieses Kästchens. Sie können Ihre Meinung jederzeit ändern. Bitte kontaktieren Sie uns in dem Fall.

By signing and returning this form you agree that ALC Health, its underwriters, its claims handlers and any other organisations authorised by ALC Health may use the information you have provided to inform you by letter, telephone, email or mobile message of products, services and healthcare information unless you tick this box to show otherwise. You may change your mind at any time by contacting us.

4 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 medizinischen Versicherungstransfers nicht gültig. 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 erkläre, dass die in diesem Antrag gegebenen Informationen für alle unter dieser Police zu versichernden Personen wahr und vollständig sind, darunter alle Antworten, die nicht in meiner eigenen Handschrift gegeben wurden. Mir ist bekannt, dass es rechtswidrig ist, wenn ich oder meine Familienmitglieder wissenschaftlich falsche, unvollständige oder irreführende Fakten oder Informationen mit dem Ziel eines Betrugs oder versuchten Betrugs gegenüber Catlin Insurance Company (UK) Ltd. angeben.

I declare that the information given in this Application is true and complete in respect of all persons to be covered under the policy, including all answers given which are not in my own handwriting. I understand that it is unlawful for me or my dependants to knowingly provide false, incomplete or misleading facts or information for the purposes of defrauding or attempting to defraud Catlin Insurance Company (UK) Ltd.

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. Ich habe das britische Datenschutzgesetz von 1998 gelesen, das diesem Antragsformular beigefügt ist.

I have read the Data Protection Act 1998 notice as contained in this Application Form.

6. 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.

Bitte gehen Sie nicht davon aus, dass wir Nachforschungen anstellen oder eine andere Person kontaktieren werden, um die Fragen in diesem Antragsformular oder andere als Antwort auf diese Fragen gegebenen Informationen zu prüfen. Es unterliegt Ihrer Verantwortung, dieses Antragsformular auszufüllen und die Informationen auf Genauigkeit und Vollständigkeit zu prüfen.

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.

Please do not assume that we will carry out any searches or contact any other person to check any of the questions on this application form or any of the information provided in response to these questions. It remains your responsibility to complete the application form and check the information within it is accurate and complete.

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.

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

Ja
Yes

Nein
No

Bestätigung

Confirmation

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Policyholder signature

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.

Catlin Insurance Company (UK) Ltd. Eingetragener Sitz: 20 Gracechurch Street, London EC3V 0BG. In England und Wales registriert. Registrierungsnummer in England 5328622.
Catlin Insurance Company (UK) ist durch die Prudential Regulation Authority zugelassen und durch die Financial Conduct Authority (FCA) und die Prudential Regulation Authority (PRA) beaufsichtigt.

Healix International ist ein Handelsstil von Healix Health Services Ltd. Registriert in England Nr. 3945478. Eingetragener Sitz: 30 Upper High Street, Thame, Oxon, OX9 3EZ.

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.
à la carte healthcare limited ist durch die Financial Conduct Authority (FCA) zugelassen und beaufsichtigt.