

Formular für Privatpatienten (Deutschland)

Private Client application (Germany)

Underwriting durch SiriusPoint International Insurance Corporation (publ)

Underwritten by SiriusPoint International Insurance Corporation (publ)

Moratorium – Wir übernehmen keine Behandlung von Erkrankungen (oder verwandten Erkrankungen), die schon fünf Jahre vor Versicherungsbeginn bestanden haben. Nach dem Versicherungsbeitritt können jedoch alle in Frage kommenden Vorerkrankungen berücksichtigt werden, wenn Sie zwei Jahre lang ununterbrochen behandlungs-, medikamenten-, symptom- und untersuchungsfrei waren. Infolgedessen gibt es einige andauernde oder wiederkehrende Erkrankungen, die niemals versichert werden. Moratorium - We do not cover treatment of any medical conditions (or specified related condition) that existed during the five years before the start of your policy. However, after joining, all eligible pre-existing conditions may be considered if you have been treatment, medication, symptom and check-up free for a continuous period of two years. As a result, there are some ongoing or recurring medical conditions that will never be covered.

Ausfüllen dieses Formulars

Filling out this form

- Verwenden Sie dieses Formular, um eines unserer 3 Prima Krankenversicherungstarife zu beantragen.
- Use this form to apply for one of our 3 Prima healthcare plans.
- Sie müssen alle folgenden Fragen sorgfältig beantworten, da diese für uns relevant sind, um die Versicherung anzubieten und deren Konditionen und Prämien festzulegen. Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung, wenn Sie die Frage oder die Art der geforderten Informationen nicht verstehen, oder lassen Sie sich von Ihrem Versicherungsmakler beraten. Die Nichtbereitstellung von Informationen oder die Bereitstellung von unvollständigen oder ungenauen Informationen kann zum Verlust des Versicherungsschutzes oder anderer Rechtsmittel führen. Bitte denken Sie auch daran, die Erklärung auf Seite 9 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 9.
- Bitte lesbar und in Blockbuchstaben ausfüllen.
- Please write clearly using capital letters.
- Bei einem Wechsel von einem anderen Versicherer oder von einer ALC Health-Gruppenversicherung, muss eine Kopie des aktuellen Versicherungsnachweises beigefügt werden.
- If you are transferring from another insurer or from an ALC Health group policy, you must attach a copy of your current Certificate of Insurance.
- Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns bitte an unter +44 (0) 1903 817970 (UK).
- If you have any questions, call us on +44 (0) 1903 817970 (UK).
- Wenn Sie eine Kopie dieses Antragsformulars wünschen, teilen Sie uns dies bitte innerhalb von drei Monaten mit.
- If you'd like a copy of this application form, please let us know within three months.

Was kommt als nächstes?

What's next?

- Senden Sie Ihr ausgefülltes Formular mittels **einer** dieser Möglichkeiten an uns zurück:
- Send your completed form back to us using **one** of these options:
 - **E-Mail:** privateclient@alchealth.com
 - **Email:** privateclient@alchealth.com
 - **Post:** ALC Health, 3rd Floor, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL Großbritannien
 - **Post:** ALC Health, 3rd Floor, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL United Kingdom
- Wir antworten Ihnen innerhalb von 5 Werktagen mit Ihren Konditionen und einer Zahlungsaufforderung.
- 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 Versicherungsunterlagen zu.
- Then, once we've received your payment, we'll send your policy documentation.

1 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 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 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: £ 3,000: € 3,600: US\$ 4,500 £ 5,000: € 6,000: US\$ 7,500	Reguläre Schwangerschaft und Entbindung Grenze: Routine pregnancy and childbirth limit: £ 3,000: € 3,600: US\$ 4,500 £ 5,000: € 6,000: US\$ 7,500 £ 7,500: € 9,000: US\$ 11,250 £ 10,000: € 12,000: US\$ 15,000	Reguläre Schwangerschaft und Entbindung Grenze: Routine pregnancy and childbirth limit: £ 3,000: € 3,600: US\$ 4,500 £ 5,000: € 6,000: US\$ 7,500 £ 7,500: € 9,000: US\$ 11,250 £ 10,000: € 12,000: US\$ 15,000 £ 20,000: € 24,000: US\$ 30,000
Zahnärztliche Behandlung Dental treatment	Zahnärztliche Behandlung Dental treatment	Zahnärztliche Behandlung Dental treatment
Evakuierung oder Repatriierung Evacuation or Repatriation	Evakuierung oder Repatriierung Evacuation or Repatriation	Evakuierung oder Repatriierung Evacuation or Repatriation
Geltungsbereich: Area of cover: Bereich 1 - Europa Area 1 - Europe Bereich 2 - Weltweit außer USA und jegliche US-Territorien Area 2 - Worldwide excluding USA and any USA territories Bereich 3 - Weltweit Area 3 - Worldwide	Geltungsbereich: Area of cover: Bereich 1 - Europa Area 1 - Europe Bereich 2 - Weltweit außer USA und jegliche US-Territorien Area 2 - Worldwide excluding USA and any USA territories Bereich 3 - Weltweit Area 3 - Worldwide	Geltungsbereich: Area of cover: Bereich 1 - Europa Area 1 - Europe Bereich 2 - Weltweit außer USA und jegliche US-Territorien Area 2 - Worldwide excluding USA and any USA territories Bereich 3 - Weltweit Area 3 - Worldwide

In welcher Wahrung mochten Sie Ihre Premie zahlen? Ihre Versicherungsleistungen werden ebenfalls in dieser Wahrung erfolgen.

In which currency would you like to pay your premium? Your policy benefits will also be in this currency.

GB£ Euro€ US\$

Wie viel Selbstbeteiligung mochten Sie ubernehmen? Selbstbeteiligung gilt pro Person pro Versicherungsjahr und nicht fur die Optionen Regulare Schwangerschaft und Entbindung, Zahnarztliche Behandlung, Evakuierung oder Repatriierung oder Leistungen fur Wellness, Optik und Impfungen. Wahlen Sie eine hohere Selbstbeteiligung, um Ihre Versicherungspremie zu reduzieren.

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.

Nil	£ 50: € 60: US\$ 75	£ 150: € 180: US\$ 225	£ 300: € 360: US\$ 450
£ 500: € 600: US\$ 750	£ 1,000: € 1,200: US\$ 1,500	£ 2,500: € 3,000: US\$ 3,750	£ 5,000: € 6,000: US\$ 7,500
£ 7,500: € 9,000: US\$ 11,250			

Wie mochten Sie Ihre Premie 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.

Jahrlich	→	Kredit-/Bankkarte	SEPA-Lastschrift#	Bankuberweisung
Annually	→	Credit / Debit Card	SEPA Direct Debit	Bank Transfer
Vierteljahrlich	→	Kredit-/Bankkarte	SEPA-Lastschrift#	Bankuberweisung
Quarterly	→	Credit / Debit Card	SEPA Direct Debit	Bank Transfer
Monatlich	→	Kredit-/Bankkarte	SEPA-Lastschrift#	Bankuberweisung
Monthly	→	Credit / Debit Card	SEPA Direct Debit	Bank Transfer

SEPA-Lastschriftzahlungen nur von EU/EWR-Bankkonten.

#SEPA Direct Debit payments from EU/EEA bank accounts only

2 Ihre Daten Your details

Angaben zum Versicherungsnehmer

Policyholder details

Anrede

Title

Herr Frau Fr. Sonstige:
Mr Mrs Miss Other:

Vorname(n)

First name(s)

Nachname

Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

| | | | |

Geschlecht

Gender

Hohle (cm/ft)

Height (cm/ft)

Gewicht (kg/lbs)

Weight (kg/lbs)

Branche

Industry

Beruf (bitte vollstandige Angaben machen)

Occupation (please give full details)

Nationalitat

Nationality

Wohnsitzland

Country of Residence

E-Mail-Adresse

Email address

Soll der Versicherungsnehmer im Rahmen dieser Police versichert werden?

Ja Nein

Is the Policyholder to be insured under this policy?

Yes No

Wohnanschrift

Home address

Postleitzahl: Land
Postcode: Country

Korrespondenzadresse (falls abweichend)

Correspondence address (if different)

PLZ: 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 dauerhaft bei Ihnen wohnen 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 bitte, 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-JJJJ)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Höhe(cm/ft) Gewicht (kg/lbs)

Height (cm/ft)

Weight (kg/lbs)

Beziehung zu
Versicherungsnehmer

Relationship to policyholder

Branche

Industry

Beruf

Occupation

Nationalität

Nationality

Wohnsitzland

Country of residence

2. Familienmitglied

2nd family member

Anrede

Title

Vorname(n):

First name(s)

Nachname

Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Höhe(cm/ft) Gewicht (kg/lbs)

Height (cm/ft)

Weight (kg/lbs)

Beziehung zu
Versicherungsnehmer

Relationship to policyholder

Branche

Industry

Beruf

Occupation

Nationalität

Nationality

Wohnsitzland

Country of residence

3. Familienmitglied

3rd family member

Anrede

Title

Vorname(n):

First name(s)

Nachname

Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Höhe(cm/ft) Gewicht (kg/lbs)

Height (cm/ft)

Weight (kg/lbs)

Beziehung zu
Versicherungsnehmer

Relationship to policyholder

Branche

Industry

Beruf

Occupation

Nationalität

Nationality

Wohnsitzland

Country of residence

4. Familienmitglied

4th family member

Anrede

Title

Vorname(n):

First name(s)

Nachname

Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Höhe(cm/ft) Gewicht (kg/lbs)

Height (cm/ft)

Weight (kg/lbs)

Beziehung zu
Versicherungsnehmer

Relationship to policyholder

Branche

Industry

Beruf

Occupation

Nationalität

Nationality

Wohnsitzland

Country of residence

Angaben zu Ihrem Hausarzt

Medical Practitioner's Details

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem derzeitigen Hausarzt oder dem Arzt, der am besten mit Ihrer Krankengeschichte vertraut ist.

Please provide details of your current medical practitioner or the one who is most familiar with your medical history.

Name

Name

Adresse

Address

Name des Versicherungsnehmers oder des Familienmitglieds

Policyholder or Family Member's Name

E-mail Adresse

E-mail Address

Postleitzahl:

Postcode:

Land

Country

Tel

Tel

Fax

Fax

Name

Name

Adresse

Address

Name des Versicherungsnehmers oder des Familienmitglieds

Policyholder or Family Member's Name

E-mail Adresse

E-mail Address

Postleitzahl:

Postcode:

Land

Country

Tel

Tel

Fax

Fax

Krankengeschichte

Medical history

Wechseln Sie von einem anderen Versicherer oder von einer ALC Health Gruppenversicherung? Es sollte keine Unterbrechung des Versicherungsschutzes bei Ihrem vorherigen Versicherer bestehen.

Are you transferring from another insurer or from an ALC Health group policy? There should be no break in cover from your previous insurer.

Nein - bitte gehen Sie zu Abschnitt 3.

No - please go to section 3

Ja - bitte füllen Sie die folgenden Fragen aus und fügen Sie eine Kopie Ihres aktuellen Versicherungsscheins bei.

Yes - please complete the questions below and attach a copy of your current Certificate of Insurance

Bitte stellen Sie sicher, dass Sie die Erlaubnis haben, uns alle medizinischen Details für Ihre Familienmitglieder mitzuteilen, die Sie zu diesem Plan hinzufügen möchten.

Kopie Nummer von

Copy number of

Please make sure you have permission to advise us of all the medical details for all family members you wish to add to this plan.

Versicherungsnehmer

Policyholder

1. Familienmitglied

1st family member

2. Familienmitglied

2nd family member

3. Familienmitglied

3rd family member

4. Familienmitglied

4th family member

1) Wurden bei Ihnen seit dem ursprünglichen Startdatum des Krankenversicherungstarifs, von dem Sie wechseln möchten, folgende Krankheiten diagnostiziert, behandelt, medikamentös behandelt oder traten Symptome bezüglich folgender Krankheiten auf: a) Krebs b) Herzerkrankung c) Schlaganfall d) Diabetes e) Rücken-/Gelenkerkrankungen f) Angstzustände, Depressionen/psychiatrische Erkrankungen

1) Since the original start date of the medical plan you are looking to transfer from have you been diagnosed with, had treatment, medication or symptoms related to: a) Cancer b) Heart c) Stroke d) Diabetes e) Back/joint disorders f) Anxiety/depression/psychiatric condition

a)	Ja	Nein									
b)	Ja	Nein									
c)	Ja	Nein									
d)	Ja	Nein									
e)	Ja	Nein									
f)	Ja	Nein									
	Yes	No									

2) Nehmen Sie derzeit irgendwelche Medikamente ein (ob verschrieben oder nicht?)

2) Are you currently on any medications (whether prescribed or not)?

Ja	Nein								
Yes	No								

3) Haben Sie laufende Beschwerden oder eine immer wiederkehrende Krankheit?

3) Do you have any ongoing medical conditions, or do you have an illness which keeps reoccurring?

Ja	Nein								
Yes	No								

Versicherungsnehmer
Policyholder

1. Familienmitglied
1st family member

2. Familienmitglied
2nd family member

3. Familienmitglied
3rd family member

4. Familienmitglied
4th family member

4) Haben Sie einen Krankenhausaufenthalt geplant oder steht ein solcher an?

4) Do you have any hospital stay either planned or pending?

Ja Nein
Yes No

5) Haben Sie eine Behandlung, Beratung, Untersuchungen, diagnostische Tests oder Kontrolluntersuchungen geplant, stehen diese an oder warten Sie auf Ergebnisse?

5) Do you have any treatment, consultation, investigations, diagnostic tests or check-ups planned, pending or awaiting results?

Ja Nein
Yes No

Wenn die Antwort auf eine der obigen Fragen JA lautet, geben Sie bitte alle Einzelheiten an und füllen Sie den Abschnitt „Krankmeldungen“ aus. Darüber hinaus behalten wir uns das Recht vor, alle anderen relevanten Informationen, die uns vorliegen, zu prüfen und zu berücksichtigen, wie z.B. frühere Krankmeldungen oder eingereichte Ansprüche.

If the answer to any of the above questions is YES, please give full details and complete 'Declaring illness'. In addition, we reserve the right to review and consider any other relevant information we have such as previous declarations or claims submitted.

Unter Behandlung verstehen wir chirurgische oder medizinische Eingriffe, einschließlich der von einem Arzt/Facharzt verschriebenen Medikamente (sowohl organische als auch synthetische), die zur Diagnose, Linderung oder Heilung einer Krankheit, Erkrankung oder Verletzung erforderlich sind. Ein Spezialist ist jeder Arzt, einschließlich Psychiater, der nicht Ihr üblicher Hausarzt ist.

By treatment we mean surgical or medical intervention including drugs (both organic and synthetic) prescribed by a medical practitioner/specialist, that are needed to diagnose, relieve or cure a disease, illness or injury. A specialist is any doctor, including psychiatrist who is not your usual practitioner.

Krankmeldungen

Declaring illnesses

Wenn Sie eine der obigen Fragen mit JA beantwortet haben, müssen Sie hier vollständige Angaben machen. Darüber hinaus behalten wir uns das Recht vor, alle anderen relevanten Informationen, die uns vorliegen, zu prüfen und zu berücksichtigen, wie z. B. frühere Krankmeldungen oder eingereichte Ansprüche.

If you've answered **yes** to any of the questions above, you must give full details here. In addition, we reserve the right to review and consider any other relevant information we have such as previous declarations or claims submitted.

Auf welche Frage bezieht sich diese Angabe?

Which question does this declaration relate to?

Vollständiger Name

Full name

Kurzbeschreibung der Erkrankung oder Bezeichnung des Zustands/Diagnose (falls bekannt)

Brief description of illness or name of condition/diagnosis (if known)

Datum, an dem Symptome erstmals auftraten (MM-JJJJ)

Date symptoms/illness first started (MM-YYYY)

Angaben zur erhaltenen Behandlung/Medikation, aktuelle Medikamente/Dosierungen und Details zu zukünftigen Beratungen/Behandlungen, die erwartet oder geplant sind.

Details of treatment/medication received, current medication/dosages, and details of any future consultations/treatment anticipated or planned

Dauer der Erkrankung (z.B. zwei Wochen) oder dauert sie noch an

Duration of illness (e.g two weeks) or is it still ongoing

Ihr aktueller Gesundheitszustand in Bezug auf diese Erkrankung

Your present state of health in respect of this illness

Wenn bei Ihnen Diabetes, hoher Blutdruck oder hoher Cholesterinspiegel (ob medikamentös kontrolliert oder nicht) diagnostiziert wurde, geben Sie bitte zusätzlich zu den oben genannten Informationen Ihre aktuellsten Messwerte/Ergebnisse an.

If you have been diagnosed with Diabetes, High Blood Pressure or High Cholesterol (whether controlled by medication or not) in addition to the above information please provide your latest readings/results

Auf welche Frage bezieht sich diese Angabe?

Which question does this declaration relate to?

Vollständiger Name

Full name

Kurzbeschreibung der Erkrankung oder Bezeichnung des Zustands/Diagnose (falls bekannt)

Brief description of illness or name of condition/diagnosis (if known)

Datum, an dem Symptome erstmals auftraten (MM-JJJJ)

Date symptoms/illness first started (MM-YYYY)

Angaben zur erhaltenen Behandlung/Medikation, aktuelle Medikamente/Dosierungen und Details zu zukünftigen Beratungen/Behandlungen, die erwartet oder geplant sind.

Details of treatment/medication received, current medication/dosages, and details of any future consultations/treatment anticipated or planned

Dauer der Erkrankung (z.B. zwei Wochen) oder dauert sie noch an

Duration of illness (e.g two weeks) or is it still ongoing

Ihr aktueller Gesundheitszustand in Bezug auf diese Erkrankung

Your present state of health in respect of this illness

Wenn bei Ihnen Diabetes, hoher Blutdruck oder hoher Cholesterinspiegel (ob medikamentös kontrolliert oder nicht) diagnostiziert wurde, geben Sie bitte zusätzlich zu den oben genannten Informationen Ihre aktuellsten Messwerte/Ergebnisse an.

If you have been diagnosed with Diabetes, High Blood Pressure or High Cholesterol (whether controlled by medication or not) in addition to the above information please provide your latest readings/results

Auf welche Frage bezieht sich diese Angabe?
Which question does this declaration relate to?

Vollständiger Name
Full name

Kurzbeschreibung der Erkrankung oder Bezeichnung des Zustands/Diagnose (falls bekannt)
Brief description of illness or name of condition/diagnosis (if known)

Datum, an dem Symptome erstmals auftraten (MM-JJJJ)
Date symptoms/illness first started (MM-YYYY)

Dauer der Erkrankung (z.B. zwei Wochen) oder dauert sie noch an
Duration of illness (e.g two weeks) or is it still ongoing

Ihr aktueller Gesundheitszustand in Bezug auf diese Erkrankung
Your present state of health in respect of this illness

Angaben zur erhaltenen Behandlung/Medikation, aktuelle Medikamente/Dosierungen und Details zu zukünftigen Beratungen/Behandlungen, die erwartet oder geplant sind.
Details of treatment/medication received, current medication/dosages, and details of any future consultations/treatment anticipated or planned

Wenn bei Ihnen Diabetes, hoher Blutdruck oder hoher Cholesterinspiegel (ob medikamentös kontrolliert oder nicht) diagnostiziert wurde, geben Sie bitte zusätzlich zu den oben genannten Informationen Ihre aktuellsten Messwerte/Ergebnisse an.
If you have been diagnosed with Diabetes, High Blood Pressure or High Cholesterol (whether controlled by medication or not) in addition to the above information please provide your latest readings/results

Auf welche Frage bezieht sich diese Angabe?
Which question does this declaration relate to?

Vollständiger Name
Full name

Kurzbeschreibung der Erkrankung oder Bezeichnung des Zustands/Diagnose (falls bekannt)
Brief description of illness or name of condition/diagnosis (if known)

Datum, an dem Symptome erstmals auftraten (MM-JJJJ)
Date symptoms/illness first started (MM-YYYY)

Dauer der Erkrankung (z.B. zwei Wochen) oder dauert sie noch an
Duration of illness (e.g two weeks) or is it still ongoing

Ihr aktueller Gesundheitszustand in Bezug auf diese Erkrankung
Your present state of health in respect of this illness

Angaben zur erhaltenen Behandlung/Medikation, aktuelle Medikamente/Dosierungen und Details zu zukünftigen Beratungen/Behandlungen, die erwartet oder geplant sind.
Details of treatment/medication received, current medication/dosages, and details of any future consultations/treatment anticipated or planned

Wenn bei Ihnen Diabetes, hoher Blutdruck oder hoher Cholesterinspiegel (ob medikamentös kontrolliert oder nicht) diagnostiziert wurde, geben Sie bitte zusätzlich zu den oben genannten Informationen Ihre aktuellsten Messwerte/Ergebnisse an.
If you have been diagnosed with Diabetes, High Blood Pressure or High Cholesterol (whether controlled by medication or not) in addition to the above information please provide your latest readings/results

Auf welche Frage bezieht sich diese Angabe?
Which question does this declaration relate to?

Vollständiger Name
Full name

Kurzbeschreibung der Erkrankung oder Bezeichnung des Zustands/Diagnose (falls bekannt)
Brief description of illness or name of condition/diagnosis (if known)

Datum, an dem Symptome erstmals auftraten (MM-JJJJ)
Date symptoms/illness first started (MM-YYYY)

Dauer der Erkrankung (z.B. zwei Wochen) oder dauert sie noch an
Duration of illness (e.g two weeks) or is it still ongoing

Ihr aktueller Gesundheitszustand in Bezug auf diese Erkrankung
Your present state of health in respect of this illness

Angaben zur erhaltenen Behandlung/Medikation, aktuelle Medikamente/Dosierungen und Details zu zukünftigen Beratungen/Behandlungen, die erwartet oder geplant sind.
Details of treatment/medication received, current medication/dosages, and details of any future consultations/treatment anticipated or planned

Wenn bei Ihnen Diabetes, hoher Blutdruck oder hoher Cholesterinspiegel (ob medikamentös kontrolliert oder nicht) diagnostiziert wurde, geben Sie bitte zusätzlich zu den oben genannten Informationen Ihre aktuellsten Messwerte/Ergebnisse an.
If you have been diagnosed with Diabetes, High Blood Pressure or High Cholesterol (whether controlled by medication or not) in addition to the above information please provide your latest readings/results

3 Datenschutzgrundverordnung (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>

ALC sammelt viele Arten von Informationen, um effektiv arbeiten zu können und Ihnen die besten Produkte, Dienstleistungen und Erfahrungen anzubieten. 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.

Wenn Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung erteilen, verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, um die von Ihnen erworbenen Dienstleistungen zu erbringen, einschließlich der Verwaltung von Ansprüchen und der Zusendung von Mitgliedsmitteilungen, in Übereinstimmung mit unserer Datenschutzrichtlinie. Wenn Sie eine Einwilligung zum Marketing erteilen, senden wir Ihnen relevante Informationen und zukünftiges Marketingmaterial über Produkte oder Dienstleistungen, an denen Sie möglicherweise Interesse haben, sowie für alle anderen in unserer Datenschutzerklärung genannten Zwecke. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.

When you provide data processing consent, we will process your personal information in order to provide the services you have purchased, including to administer claims, and to receive member communications, in accordance with our Privacy Policy. If you provide marketing consent, we will send you relevant information and future marketing materials regarding 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.

Indem Sie Ihre Einwilligung zum Erhalt von Marketinginformationen erteilen, können wir Informationen über Sie von Dritten sammeln, die uns helfen, Versicherungsprodukte und -dienstleistungen zu identifizieren, an denen Sie möglicherweise Interesse haben, und Informationen mit Dritten, wie z.B. Webanalysetools, auszutauschen, um Ihnen relevante Informationen und zukünftiges Marketingmaterial zuzusenden, sowie für alle anderen in unserer Datenschutzerklärung genannten Zwecke. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.

By providing marketing consent, we may gather information about you from third parties to help us identify insurance products and services in which you may have interest, and share information with third parties, such as web analytics tools, in order to send you relevant information and future marketing materials, and for all other purposes set forth in our Privacy Policy. You may withdraw your consent at any time.

Ihre Daten werden eventuell an Dritte weitergeben, die in unserem Namen Dienstleistungen erbringen, um bei unseren Geschäftsaktivitäten zu helfen. Diese Unternehmen sind berechtigt, Ihre personenbezogenen Daten nur dann zu verwenden, wenn dies für die Bereitstellung dieser Dienste für uns erforderlich ist. Wenn wir Informationen mit diesen anderen Unternehmen teilen, um Dienstleistungen für uns zu erbringen, dürfen diese nicht für andere Zwecke verwendet und müssen vertraulich behandelt werden. Diese Dienstleistungen können Folgendes umfassen:

- Beurteilung und Verwaltung des Schadensabwicklung
- Abwicklung von Zahlungen an Gesundheitsdienstleister
- Bereitstellung von Kundenservice

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

In bestimmten Situationen kann ALC verpflichtet sein, personenbezogene Daten als Reaktion auf rechtmäßige Anfragen von Behörden offenzulegen, einschließlich der Erfüllung nationaler Sicherheits- oder Strafverfolgungsbestimmungen.

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.

4 Hinweis zur fairen und transparenten Verarbeitung Fair Processing Notice

Diese Datenschutzerklärung beschreibt, wie die SiriusPoint International Insurance Corporation (publ) (für die Zwecke dieser Datenschutzerklärung "wir", "uns" oder der "Versicherer") die personenbezogenen Daten von Versicherten, Anspruchstellern und anderen Parteien (im Sinne dieser Datenschutzerklärung "Sie") sammelt und verwendet, wenn wir unsere Versicherungs- und Rückversicherungsdienstleistungen erbringen.

This Privacy Notice describes how SiriusPoint International Insurance Corporation (publ) (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 dem Versicherer zur Verfügung gestellten Informationen, zusammen mit medizinischen und anderen Informationen, die von Ihnen oder von anderen Parteien über Sie im Zusammenhang mit dieser Police erhalten wurden, werden vom Versicherer für die Zwecke der Antragstellung, des Versicherungsbetriebs (einschließlich des Prozesses der Versicherung, der Verwaltung, des Schadenmanagements, der versicherungsrelevanten Analytik, der Rehabilitation und der Behandlung von Kundenanliegen) sowie der Betrugsprävention und -aufdeckung verwendet. Wir sind möglicherweise gesetzlich verpflichtet, bestimmte personenbezogene Daten über Sie zu erfassen, oder als Folge eines Vertragsverhältnisses, das wir mit Ihnen unterhalten. 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 diesem Zweck an Gruppengesellschaften und Drittversicherer, Rückversicherer, Versicherungsvermittler und Dienstleister weitergegeben. Diese Parteien können zu Datenverantwortlichen in Bezug auf Ihre personenbezogenen Daten werden. Da wir als Teil eines globalen Unternehmens tätig sind, können wir Ihre personenbezogenen 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, vorbehaltlich der lokalen Gesetze. Dazu gehören das Recht, den Zugang, die Berichtigung, die Löschung, die Einschränkung, den Widerspruch und den Erhalt Ihrer personenbezogenen Daten in einem verwendbaren 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 hinsichtlich der Art und Weise haben, wie Ihre personenbezogenen Daten verwendet wurden, wenden Sie sich bitte an:

DPOLondon@siriust.com

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

Wir sind bestrebt, mit Ihnen zusammenzuarbeiten, um eine angemessene Lösung für alle Beschwerden oder Bedenken in Bezug auf den Datenschutz zu finden. Wenn Sie jedoch der Meinung sind, dass wir Ihre Beschwerde oder Ihr Anliegen nicht unterstützen konnten, haben Sie das Recht, eine Beschwerde beim britischen Informationskommissariat 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 personenbezogenen Daten verarbeiten, finden Sie in unserer vollständigen Datenschutzerklärung unter:

<https://www.siriust.com/legal/website-privacy-policy-final.pdf>

For more information about how we process your personal information, please see our full privacy notice at **<https://www.siriust.com/legal/website-privacy-policy-final.pdf>**

5 Sprache Language

Die Sprache dieses Versicherungsvertrages ist Englisch und die gesamte Korrespondenz zwischen uns wird in Englisch ausgeführt.

The language of this insurance contract is English and all correspondence between us will be in English.

Bitte kreuzen Sie an, um zu bestätigen, dass Sie diese Erklärung akzeptieren.
Please tick to confirm that you accept this statement.

Wenn Englisch als Sprache nicht erwünscht wird, wenden Sie sich bitte an Ihren Versicherungsmakler oder rufen Sie uns an unter +44 (0) 1903 817970 (UK).

If you do not wish the language to be English, please contact your broker or telephone us on +44 (0) 1903 817970 (UK).

6 Dokumentation Documentation

Möchten Sie alle Vertragsunterlagen und zukünftige Korrespondenz per E-Mail erhalten? Wir verwenden dann die Adresse auf Seite 2.

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

Ja	Nein
Yes	No

7 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.

1. 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 terms. Any personal exclusions will be stated on your Certificate of Insurance.

2. Ich/Wir erklären, dass die in diesem Angebot enthaltenen Informationen nach bestem Wissen und Gewissen korrekt und vollständig sind. Ich/wir haben darauf geachtet, dass bei der Offenlegung dieser Informationen keine falschen Angaben gemacht wurden und verstehen, dass alle bereitgestellten Informationen für die Annahme und Bewertung dieser Versicherung, die Konditionen, zu denen sie angenommen wird, und die Höhe der Prämie relevant sind.

2. 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. Sollte ich mit dem Inhalt dieser Police nicht zufrieden sein, ist mir bewusst, dass ich die Versicherung innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss dieses Vertrages, wie im Wortlaut der Police beschrieben, kündigen kann.

3. 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. Sollte ich angegeben haben mit Kredit-/Bankkarte bezahlen zu wollen, ermächtige ich à la carte healthcare dazu, mein Konto bis zu 4 Tage vor dem Inkasso-/Erneuerungsdatum mit der entsprechenden Prämie und allen nachfolgenden fälligen Verlängerungsprämien zu belasten, bis ich schriftlich mitteile, dass ich diese Vereinbarung kündigen möchte. Mir ist bewusst, dass à la carte healthcare limited nicht dafür haftet, sollte meine Kredit-/Bankkarte abgelehnt werden und meine Police somit verfallen und ich nicht innerhalb von 7 Tagen auf Anfragen nach alternativen Zahlungsmethoden antworte.

4. 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 folgendes:

• alle Personen, die in diesen Versicherungsplan einbezogen sind, haben zugestimmt, dass der Versicherungsnehmer die Erlaubnis hat, diesen Versicherungsplan in ihrem Namen abzuschließen.

• der der Versicherungsnehmer erklärt sich im Namen dieser Familienmitglieder und seiner selbst damit einverstanden, dass ALC Health, seine Underwriter und seine Schadensregulierer personenbezogene Daten in der oben geschriebenen Weisen verwenden dürfen.

5. 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. Wenn Sie diese Versicherung über einen Makler abschließen, nimmt der Versicherungsnehmer zur Kenntnis und stimmt zu, dass ALC Health bei Abschluss und Erneuerung eine Provision an den Makler zu zahlen hat.

6. If you are arranging this insurance via a broker the policyholder understands, acknowledges and agrees that ALC Health will pay commission to the broker at inception and renewal.

7. Ich habe die Mitteilung der Datenschutzverordnung (DSGVO), wie sie in diesem Antragsformular enthalten ist und die Datenschutzerklärung gelesen, die unter folgender Webseite einzusehen ist: <https://www.alchealth.com/privacy.htm>

7. 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>

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

(i) Ihre Versicherung kündigen;

(ii) Ihre Mitgliedschaft für ungültig erklären (als ob Ihre Versicherung nie gültig gewesen wäre);

(iii) Die Konditionen Ihrer Versicherung ändern oder

(iv) uns weigern, einen Teil oder alle Ansprüche zu bearbeiten oder die Höhe der Anspruchszahlungen senken.

Wir können Sie bitten, weitere Informationen und/oder Unterlagen zur Verfügung zu stellen, um sicherzustellen, dass die Informationen, die Sie uns bei der Aufnahme, Änderung oder Verlängerung Ihres Plans gegeben haben, korrekt und vollständig waren.

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 Konditionen als jene anzubieten, die in Abhängigkeit von den von Ihnen gemachten Angaben angeboten werden.

8. 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.

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.

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.

9. London Global S.r.l., die als à la carte healthcare agiert und von der IVASS, Italien (A000620496) und der Financial Conduct Authority (849073) zugelassen ist und reguliert wird, bietet in Deutschland Produkte entsprechend den Rechten der Dienstleistungsfreiheit gemäß der EU-Vermittlerrichtlinie an. Zur Vermeidung von Missverständnissen sei darauf hingewiesen, dass diese Police kein Ersatz für oder anstelle der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ist. Diese Police ist für Personen geeignet, die keinen Anspruch auf eine gesetzliche Versicherung haben und/oder einen zusätzlichen Versicherungsschutz benötigen.

9. London Global S.r.l. trading as à la carte healthcare authorised and regulated by IVASS, Italy (A000620496) and the Financial Conduct Authority (849073), 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.

Einwilligung

Consent

Ja Nein
Yes No

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu, um die von mir erworbenen Dienstleistungen bereitzustellen, einschließlich der Verwaltung von Ansprüchen und der Zusendung von Mitgliedsmitteilungen in Übereinstimmung mit den Datenschutzrichtlinien von ALC Health.

I agree to the processing of my personal information to provide the services I have purchased, including to administer claims, and to receive member communications, in accordance with ALC Health's Privacy Policy.

Ja Nein
Yes No

Ich bin damit einverstanden, relevante Informationen und andere Mitteilungen von ALC Health über Versicherungsschutz und Serviceoptionen zu erhalten. Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

I agree to receive relevant information and other communications from ALC Health about insurance coverages and service options. I understand that I can withdraw my consent at any time.

Versicherungsbeginn

Policy start date

Datum (TT-MM-JJJJ)

Date (DD-MM-YYYY)

| | | | |

Ihre Police kann erst beginnen, wenn wir dieses Formular erhalten und akzeptiert haben. Wenn Sie möchten, dass Ihr Versicherungsschutz zu einem späteren Zeitpunkt beginnt, müssen Sie uns mitteilen, wenn sich die in diesem Formular angegebenen Daten ändern – Sie können den Versicherungsschutz nicht mehr als 30 Tage vor dem Ausfüllen dieses Formulars beantragen.

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.

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.

Bitte vollständigen Namen in DRUCKBUCHSTABEN angeben

Please PRINT name in full

Datum der Unterzeichnung (TT-MM-JJJJ)

Date signed (DD-MM-YYYY)

| | | | |

Wenn Sie eine digitale Version dieses Formulars ausfüllen, kreuzen Sie bitte das folgende Kästchen an, um die Erklärung zu bestätigen.

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

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

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

Name des Maklers

Broker name

Makler-Nummer

Broker 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 Health und alc health sind Handelsmarken der à la carte healthcare ltd. Eingetragen in England unter der Nummer 4163178. Eingetragener Firmensitz: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham by Sea, West Sussex, BN43 6BF, Großbritannien.

à la carte healthcare ltd ist von der Financial Conduct Authority (FCA No 311496) zugelassen und reguliert.

ALC Health and alc health are trading styles of à la carte healthcare ltd. Registered in England no 4163178. Registered Office: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham by Sea, West Sussex, BN43 6BF, United Kingdom.

à la carte healthcare ltd is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA No 311496).

London Global S.r.l. firmierend als à la carte healthcare. Handelsadresse 3rd Floor, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL, United Kingdom. London Global S.r.l. firmierend als à la carte healthcare zugelassen und reguliert durch IVASS, Italien (A000620496) und der Financial Conduct Authority (849073).

London Global S.r.l. trading as à la carte healthcare. Trading address 3rd Floor, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL, United Kingdom. London Global S.r.l. trading as à la carte healthcare authorised and regulated by IVASS, Italy (A000620496) and the Financial Conduct Authority (849073).

à la carte healthcare ltd ist Teil der IMG Gruppe.

à la carte healthcare ltd is part of the IMG Group of Companies.