

Privatkundenantrag (Deutschland)

Private Client application (Germany)

Versichert durch XL Catlin Insurance Company UK Limited

Underwritten by XL Catlin Insurance Company UK Limited



Ausfüllen dieses Formulars

Filling out this form

- Nutzen Sie dieses Formular, um einen Antrag für eine unserer Prima-Gesundheitsversicherungen zu stellen.
- Use this form to apply for one of our Prima healthcare plans.
- Achten Sie darauf, alle der folgenden Fragen zu beantworten, die für uns bei der Bereitstellung dieser Versicherung und bei der Festlegung der Bedingungen und Prämie relevant sind. Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung, wenn Sie die Frage oder die Art der benötigten Informationen nicht verstehen, oder konsultieren Sie bitte Ihren Makler. Die Nichtmitteilung von Angaben oder die Bereitstellung von unvollständigen oder ungenauen Angaben kann zum Verlust des Versicherungsschutzes oder anderen Rechtsbehelfen führen. Denken Sie daran, die Erklärung auf Seite 7 zu unterzeichnen.
- You must take care in answering all the following questions which are relevant to us in providing this insurance and setting the terms and premium. Please contact us if you do not understand the question or the nature of the information required or please seek guidance from your broker. Failure to provide information or the provision of incomplete or inaccurate information may result in the loss of cover or other remedies. Remember to sign the Declaration on page 7.
- Bitte lesbar und in Blockbuchstaben ausfüllen.
- Please write clearly using capital letters.
- Wenn Sie von einem anderen Versicherer oder von einer anderen ALC Health Group-Police transferieren, müssen Sie eine Kopie Ihres aktuellen Versicherungszertifikats beifügen.
- 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.
- 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 you 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 <input type="checkbox"/>	Prima Premier <input type="checkbox"/>	Prima Platinum <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung <input checked="" type="checkbox"/> In-patient, day-patient and out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre und teilstationäre Behandlung <input checked="" type="checkbox"/> In-patient and day-patient treatment <input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung Out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung <input checked="" type="checkbox"/> In-patient, day-patient and out-patient treatment
Reguläre Schwangerschaft und Entbindung Grenze: Routine pregnancy and childbirth limit: <input type="checkbox"/> £ 3.000: € 3.600: US\$ 4.500 <input type="checkbox"/> £ 5.000: € 6.000: US\$ 7.500	Reguläre Schwangerschaft und Entbindung Grenze: Routine pregnancy and childbirth limit: <input type="checkbox"/> £ 3.000: € 3.600: US\$ 4.500 <input type="checkbox"/> £ 5.000: € 6.000: US\$ 7.500 <input type="checkbox"/> £ 7.500: € 9.000: US\$ 11.250 <input type="checkbox"/> £ 10.000: € 12.000: US\$ 15.000	Reguläre Schwangerschaft und Entbindung Grenze: Routine pregnancy and childbirth limit: <input type="checkbox"/> £ 3.000: € 3.600: US\$ 4.500 <input type="checkbox"/> £ 5.000: € 6.000: US\$ 7.500 <input type="checkbox"/> £ 7.500: € 9.000: US\$ 11.250 <input type="checkbox"/> £ 10.000: € 12.000: US\$ 15.000 <input type="checkbox"/> £ 20.000: € 24.000: US\$ 30.000
<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlung Dental treatment	<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlung Dental treatment	<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlung Dental treatment
<input type="checkbox"/> Evakuierung oder Überführung Evacuation or Repatriation	<input type="checkbox"/> Evakuierung oder Überführung Evacuation or Repatriation	<input type="checkbox"/> Evakuierung oder Überführung Evacuation or Repatriation
Geltungsbereich: Area of cover: <input type="checkbox"/> Bereich 1 - Europa Area 1 – Europe <input type="checkbox"/> Bereich 2 - Weltweit (außer USA) Area 2 – Worldwide (excluding USA) <input type="checkbox"/> Bereich 3 - Weltweit Area 3 – Worldwide	Geltungsbereich: Area of cover: <input type="checkbox"/> Bereich 1 - Europa Area 1 – Europe <input type="checkbox"/> Bereich 2 - Weltweit (außer USA) Area 2 – Worldwide (excluding USA) <input type="checkbox"/> Bereich 3 - Weltweit Area 3 – Worldwide	Geltungsbereich: Area of cover: <input type="checkbox"/> Bereich 1 - Europa Area 1 – Europe <input type="checkbox"/> Bereich 2 - Weltweit (außer USA) Area 2 – Worldwide (excluding USA) <input type="checkbox"/> Bereich 3 - Weltweit Area 3 – Worldwide
In welcher Währung möchten Sie die Beiträge zahlen? Ihre Versicherungsleistungen werden ebenfalls in dieser Währung sein. In which currency would you like to pay your premium? Your policy benefits will also be in this currency. <input type="checkbox"/> GB£ <input type="checkbox"/> Euro€ <input type="checkbox"/> US\$		

Wie viel Selbstbeteiligung möchten Sie übernehmen? Selbstbeteiligung gilt pro Person pro Policenjahr und gilt nicht für Reguläre Schwangerschaft & 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.

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

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

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

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

2 Ihre Angaben Your details

Angaben zum Versicherungsnehmer

Policyholder details

Anrede

Title

- Herr Frau Sonstiges:
 Mr Mrs Other:

Vorname(n)

First name(s)

Nachname

Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJ)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Geschlecht

Gender

Beruf (bitte machen Sie vollständige Angaben)

Occupation (please give full details)

Nationalität

Nationality

Wohnsitz (Land)

Country of residence

E-Mail-Adresse

Email address

Soll der Versicherungsnehmer unter dieser Police Ja Nein versichert werden?

Is the Policyholder to be insured under this policy?

Yes No

Adresse

Home address

 Postleitzahl: Land
 Postcode: Country

Korrespondenzadresse (falls abweichend)

Correspondence address (if different)

 Postleitzahl: Land
 Postcode: Country

Telefonnummern

Phone numbers

 Privat:
 Home:
 Beruflich:
 Work:
 Mobil:
 Mobile:
 Fax:
 Fax:

Angaben zu weiteren Familienmitgliedern

Additional family member details

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

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

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

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

Kopie Nummer von

Copy number of

1. Familienmitglied

1st family member

Anrede

Title

Vorname(n):

First name(s)

Nachname

Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJ)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Beziehung zu
Versicherungsnehmer

Relationship to policyholder

Beschäftigung

Occupation

Nationalität

Nationality

Wohnsitz (Land)

Country of residence

2. Familienmitglied

2nd family member

Anrede

Title

Vorname(n):

First name(s)

Nachname

Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJ)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Beziehung zu
Versicherungsnehmer

Relationship to policyholder

Beschäftigung

Occupation

Nationalität

Nationality

Wohnsitz (Land)

Country of residence

3. Familienmitglied

3rd family member

Anrede

Title

Vorname(n):

First name(s)

Nachname

Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJ)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Beziehung zu
Versicherungsnehmer

Relationship to policyholder

Beschäftigung

Occupation

Nationalität

Nationality

Wohnsitz (Land)

Country of residence

4. Familienmitglied

4th family member

Anrede

Title

Vorname(n):

First name(s)

Nachname

Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJ)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Beziehung zu
Versicherungsnehmer

Relationship to policyholder

Beschäftigung

Occupation

Nationalität

Nationality

Wohnsitz (Land)

Country of residence

Krankengeschichte

Medical history

Beachten Sie bitte, wir akzeptieren keine Übernahme von Versicherungsrisiko von deutschen Versicherern.

Please note we do not accept transfers of underwriting from German insurers.

Nehmen Sie einen Transfer von einem anderen Versicherer oder von einer ALC Health Group-Police vor? Es sollte keine Unterbrechung des Schutzes vom vorherigen Versicherer geben.

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 beantworten Sie folgende Fragen und fügen Sie eine Kopie Ihres derzeitigen Versicherungszertifikats bei

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

Bitte versichern Sie sich, dass es Ihnen gestattet ist, uns alle medizinischen Angaben zu allen Familienmitgliedern, die unter dieser Police versichert werden sollen, zu übermitteln.

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.

Kopie Nummer von
Copy number of

Versicherungsnehmer
Policyholder

1. Familienmitglied
1st family member

2. Familienmitglied
2nd family member

3. Familienmitglied
3rd family member

4. Familienmitglied
4th family member

Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Krebs?

Have you had cancer in the last 5 years?

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Sind Behandlungen, Konsultationen, Untersuchungen, Diagnosetests oder Check-ups für Krebs geplant oder ausstehend?

Do you have any treatment, consultations, investigations, diagnostic tests or check-ups planned or pending for cancer?

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus behandelt oder haben Sie einen Arzt, Allgemeinarzt oder Spezialisten aufgesucht?

Have you had any treatment in hospital or consulted a doctor, medical practitioner or specialist in the last 12 months?

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Sind Behandlungen, Konsultationen, Untersuchungen, Diagnosetests oder Check-ups geplant oder ausstehend?

Do you have any treatment, consultations, investigations, diagnostic tests or check-ups planned or pending?

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Mit Behandlung meinen wir chirurgische oder medizinische Eingriffe, einschließlich von einem Arzt verschriebene Medikamente, mit denen eine Krankheit oder Verletzung diagnostiziert, gelindert oder geheilt wird. Ein Spezialist ist jeder Arzt, einschließlich Psychiater, der nicht Ihr Allgemeinarzt ist.

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

Krankheiten angeben

Declaring illnesses

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

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

Vollständiger Name

Full name

Erkrankung, einschließlich aktueller Prognose

Medical condition, including current prognosis

Behandlung, einschließlich Daten, Medikamenten und Dosierungen

Treatment, including dates, drugs and dosages

Vollständiger Name

Full name

Erkrankung, einschließlich aktueller Prognose

Medical condition, including current prognosis

Behandlung, einschließlich Daten, Medikamenten und Dosierungen

Treatment, including dates, drugs and dosages

Vollständiger Name

Full name

Erkrankung, einschließlich aktueller Prognose

Medical condition, including current prognosis

Behandlung, einschließlich Daten, Medikamenten und Dosierungen

Treatment, including dates, drugs and dosages

3 Allgemeiner Datenschutz Verordnung (DSGVO)

General Data Protection Regulation (GDPR)

Dies ist nur eine Zusammenfassung der Datenschutzbestimmungen von ALC und Ihrer Rechte im Rahmen der DSGVO. Für eine vollständige Erklärung, wie wir Ihre persönlichen Daten erfassen und verwenden, bitten wir Sie den entsprechenden Abschnitt in unserer vollständigen Datenschutzerklärung, die Sie unter <https://www.alchealth.com/privacy.html> einsehen können, nachzulesen.

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>

Mit Ihrer Zustimmung unten, verarbeiten wir persönliche Informationen, die wir von Ihnen sammeln oder jene, welche wir von Dritten bei Bedarf erhalten, um Ihre Ansprüche zu verarbeiten und zu verwalten, außerdem senden wir Ihnen zukünftig Marketing-Materialien über Produkte oder Dienstleistungen, an denen Sie Interesse haben könnten, und für alle anderen Zwecke, die in unseren Datenschutzrichtlinien dargelegt sind. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.

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

You may withdraw your consent at any time.

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

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

Wir geben Ihre Daten möglicherweise an Dritte weiter, die Dienstleistungen auf unserer Website anbieten, um unsere Geschäftsaktivitäten zu fördern. Diese Unternehmen sind ausschließlich dazu berechtigt Ihre persönlichen Informationen wie notwendig zu verwenden, um aufgeführte Dienste für uns zu erfüllen. Wenn wir Informationen mit diesen Unternehmen geteilt haben, um Dienstleistungen anbieten zu können, dürfen sie diese Informationen zu keinem anderen Zeitpunkt für andere Zwecke verwenden und müssen diese streng geheim halten.

Diese Dienste können Folgendes umfassen:

- Beurteilung und Verwaltung eines Schadenprozesses
- Zahlungsabwicklung an Gesundheitsdienstleister
- Bereitstellung von Kundenservice
- Senden von Marketing-Mitteilungen

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

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

In bestimmten Situationen kann ALC dazu verpflichtet sein, personenbezogene Daten aufgrund von rechtmäßigen Bitten von Behörden, einschließlich zur Erfüllung der nationalen Sicherheit oder Strafverfolgungsvorschriften offen zu legen. Sie stimmen hiermit zu, dass ALC Ihre persönlichen Daten gemäß Artikel 6(1)a der DSGVO, wie oben beschrieben und außerdem ausführlicher in den Datenschutzbestimmungen verfügbar unter <https://www.alchealth.com/privacy.htm>, verarbeitet.

In certain situations, ALC may be required to disclose personal data in response to lawful requests by public authorities, including to meet national security or law enforcement requirements. You hereby consent to ALC's processing of your personal information pursuant to Article 6(1)(a) of the GDPR as described above and more fully in the privacy policy available at <https://www.alchealth.com/privacy.htm>

4 Hinweis zur fairen Bearbeitung Fair Processing Notice

Diese Datenschutzerklärung beschreibt, wie XL Catlin Insurance Company UK Limited und Catlin Underwriting Agencies Limited in Bezug auf das Syndikat 2003 (für den Zweck dieser Mitteilung "wir", "uns" oder der "Versicherer") persönliche Informationen von Versicherten, Antragstellern und anderen Parteien sammelt und nutzt (für den Zweck dieser Mitteilung "Sie"), wenn wir unsere Versicherungs- und Rückversicherungsdienstleistungen erbringen.

This Privacy Notice describes how XL Catlin Insurance Company UK Limited and Catlin Underwriting Agencies Limited in respect of Syndicate 2003 (for the purpose of this notice "we", "us" or the "Insurer") collect and use the personal information of insureds, claimants and other parties (for the purpose of this notice "you") when we are providing our insurance and reinsurance services.

Die Informationen, die dem Versicherer zusammen mit medizinischen und anderen Informationen über Sie oder von anderen Parteien über Sie in Verbindung mit dieser Richtlinie zur Verfügung gestellt werden, werden von dem Versicherer dazu verwendet die folgenden Aufzählungen zu beurteilen: Ihre Bewerbung, den Betrieb der Versicherung (einschließlich der Prozess des Versicherungsgeschäfts, die Verwaltung, das Schaden-Management, relevante Analytiken für Versicherung, Rehabilitation und Kundenanliegen), sowie Erkennung und Vorbeugung von Betrug. Wir sind möglicherweise gesetzlich dazu verpflichtet, bestimmte personenbezogene Daten über Sie oder als Folge einer Vertragsbeziehung mit Ihnen, zu sammeln. Versagen bei Bereitstellung 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.

Informationen werden vom Versicherer für diese Zwecke mit Konzerngesellschaften und Haftpflichtversicherer, Rückversicherer, Versicherungsvermittlern und Dienstleistern geteilt. Diese Parteien können Datenverantwortliche in Bezug auf Ihre persönlichen Daten werden. Da wir Teil eines globalen Geschäfts sind, kann es dazu kommen, dass wir Ihre persönlichen Daten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums für eben diese Zwecke weiterleiten werden.

Information will be shared by the Insurer for these purposes with group companies and third party insurers, reinsurers, insurance intermediaries and service providers. Such parties may become data controllers in respect of your personal information. Because we operate as part of a global business, we may transfer your personal information outside the European Economic Area for these purposes. Sie haben bestimmte Rechte in Bezug auf Ihre persönlichen Daten, die Ihrem Recht vor Ort unterliegen. Dazu gehören das Recht auf Zugang, Nachbesserung, Streichung, Einschränkung, Widerspruch und Empfang Ihrer persönlichen Daten in einem nutzbaren, elektronischen Format, um diese an Dritte zu übertragen (Recht auf Portabilität).

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 Verwendung Ihrer persönlichen Daten haben, wenden Sie sich bitte an: compliance@xlcatlin.com

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

Wir sind bestrebt mit Ihnen zusammenzuarbeiten, um eine faire Lösung aller Beschwerden oder Bedenken bezüglich des Datenschutzes zu erreichen. Wenn Sie jedoch der Ansicht sind, dass wir Ihnen bei Ihrer Beschwerde oder Ihrem Anliegen nicht helfen konnten, haben Sie das Recht, eine Beschwerde beim Büro des Britischen Information Commissioner's Office einzureichen.

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

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

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

5 Ihre Erklärung Your declaration

1. Ich habe die vollständigen Definitionen, Leistungen, Ausschlüsse und Bedingungen von 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/wir erkläre/n, dass die in diesem Antrag offengelegten Informationen nach bestem Wissen und Gewissen sowohl richtig als auch vollständig sind. Ich/wir habe/n darauf geachtet, dass ich/wir bei der Offenlegung dieser Informationen keine falschen Angaben mache/n und verstehe/n, dass alle zur Verfügung gestellten Informationen für die Annahme und Bewertung dieser Versicherung, die Bedingungen, unter denen sie akzeptiert wird, und die Prämie, die erhoben wird, relevant sind.
I/we declare that the information disclosed in this proposal is, to the best of my/our knowledge and belief, both accurate and complete. I/we have taken care not to make any misrepresentation in the disclosure of this information and understand that all information provided is relevant to the acceptance and assessment of this insurance, the terms on which it is accepted and the premium charged.
3. Mir ist bewusst, dass ich, sollte ich mit dem Inhalt dieser Police nicht zufrieden sein, die Versicherung innerhalb von 14 Tagen nach Vervollständigung dieses Vertrags, wie im Wortlaut der Police beschrieben, kündigen kann.
I understand that if I am not satisfied with the content of this policy, I may cancel the insurance within 14 days of the completion of this contract as set out in the Policy Wording.
4. Wenn ich angegeben habe, dass ich per Kredit-/Debitkarte zahlen möchte, erteile ich à la carte healthcare limited die Genehmigung, mein Konto bis zu vier Tage vor dem Fälligkeits-/Erneuerungsdatum mit dem entsprechenden Beitrag zu belasten sowie alle darauffolgenden Folgeprämien wie benachrichtigt, bis ich schriftlich mitteile, dass ich diese Vereinbarung auflösen möchte. Mir ist bewusst, dass à la carte healthcare keine Haftung übernimmt, wenn meine Police verfällt, sollte die Kredit-/Debitkarte abgelehnt werden und ich nicht innerhalb von sieben Tagen auf Anfragen einer alternativen Zahlungsmethode reagiere.
If I have indicated that I wish to pay by credit/debit card, I authorise à la carte healthcare limited to debit my account up to 4 days in advance of the collection/renewal date with the appropriate premium, and all subsequent renewal premiums due as notified until I give written notice that I wish to terminate this Agreement. I understand that à la carte healthcare limited cannot be liable if my policy is lapsed should the credit/debit card be declined and I do not respond to requests for alternative methods of payment within 7 days.
5. Mit der Unterzeichnung dieses Formulars bestätigt der Versicherte, dass:
 - Jeder, der in diesem Plan enthalten ist, zugestimmt hat, dass der Versicherer die Erlaubnis hat für sie zu handeln, um diesen Plan aufzustellen
 - Der Versicherungsnehmer stimmt im Namen dieser Familienmitglieder und sich selbst zu, dass ALC Health, seine Versicherer und seine Schadenbearbeiter persönliche Informationen in der oben beschriebenen Weise verwenden.By signing this form the policyholder confirms that:
 - anyone included on the plan has agreed that the policyholder has their permission to act for them to set up this plan
 - the policyholder consents on behalf of those family members and themselves to ALC Health, its underwriters and its claims handlers using personal information in the ways described above.
6. Ich habe die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gelesen, die in diesem Antragsformular und in der Datenschutzrichtlinie enthalten ist, und unter <https://www.alchealth.com/privacy> zu finden ist.
I have read the General Data Protection Regulation (GDPR) notice as contained in this Application Form and the Privacy Policy which is available at <https://www.alchealth.com/privacy.htm>
7. Wenn Sie nicht angemessene Sorgfalt walten lassen und die Informationen, die Sie uns geben, ungenau oder unvollständig sind, können wir eine der folgenden Maßnahmen ergreifen:
 - (i) Ihre Versicherung ablehnen;
 - (ii) Ihre Mitgliedschaft für ungültig erklären (Ihre Versicherung behandeln, als hätte es sie nicht gegeben);
 - (iii) Die Bedingungen Ihrer Versicherung ändern oder
 - (iv) uns weigern, einen Teil oder alle Ansprüche zu bearbeiten oder die Höhe der Anspruchszahlungen senken.If you don't take reasonable care and the information you give us is inaccurate or incomplete then we may take one or more of the following actions:
(i) Cancel your plan;
(ii) Declare your membership void (treating your plan as if it had never existed);
(iii) Change the terms of your plan; or
(iv) Refuse to deal with all or part of any claim or reduce the amount of any claims payments.

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

Wir und Sie sind berechtigt, das Gesetz zu wählen, das diesen Versicherungsvertrag regelt. Wir schlagen das englische Gesetz vor, und dies gilt, sofern nichts anderes vereinbart wird.

Der Versicherungsschutz tritt erst in Kraft, wenn dieser Antrag vom Versicherer akzeptiert wird und die Prämie bezahlt wurde. Der Versicherer behält sich das Recht vor, jeglichen Versicherungsantrag abzulehnen oder von den angeführten abweichende Prämien oder Konditionen anzubieten, abhängig von den von Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen.

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

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

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

Versicherungsbeginn

Policy start date

Datum (TT-MM-JJJJ)

Date (DD-MM-YYYY)

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

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

Unterlagen

Documentation

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

Ja Nein
Yes No

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

Bestätigung

Confirmation

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Policyholder signature

Die Unterzeichnung dieses Antrags verpflichtet Sie nicht, diese Versicherung abzuschließen.

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

Datum der Unterschrift (TT-MM-JJJJ)

Date signed (DD-MM-YYYY)

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

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

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

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

Agenturname

Agency Name

Agenturnummer

Agency Number

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

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