

Umfassende medizinische Risikoprüfung (Deutschland)

Full Medical Underwriting (Germany)

Underwriting durch XL Insurance Company SE
Underwritten by XL Insurance Company SE

Ausfüllen dieses Formulars

Filling out this form

- Nutzen Sie dieses Formular, um einen Antrag für eine unserer Prima-Gesundheitsversicherungen zu stellen.
- Use this form to apply for one of our Prima healthcare plans.
- Sie müssen alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten, da diese für uns relevant sind, um die Versicherung anzubieten und deren Konditionen und Prämien festzulegen. Bitte kontaktieren Sie uns, wenn Sie eine Frage oder die Art der erforderlichen Informationen nicht verstehen oder wenden Sie sich bitte an Ihren Versicherungsmakler. Die Nichtbereitstellung von Informationen oder die Bereitstellung unvollständiger oder ungenauer Informationen kann zum Verlust des Versicherungsschutzes oder anderer Rechtsmittel führen. Bitte denken Sie auch daran, die Erklärung auf Seite 11 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 11.
- Bitte lesbar und in Blockbuchstaben ausfüllen.
- Please write clearly using capital letters.
- Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns an unter +44 (0) 1903 817970 (UK), +852 3478 3751 (Hong Kong), +34 952 93 16 09 (Spanien) oder +350 2000 77731 (Gibraltar).
- If you have any questions, call us on +44 (0) 1903 817970 (UK), +852 3478 3751 (Hong Kong), +34 952 93 16 09 (Spain) or +350 2000 77731 (Gibraltar).
- Wenn Sie eine Kopie dieses Antragsformulars wünschen, teilen Sie uns dies bitte innerhalb von 3 Monaten mit.
- If you'd like a copy of this application form, please let us know within 3 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
 - **Fax:** + 44 (0) 1903 879719
 - **Fax:** + 44 (0) 1903 879719
 - **Post:** ALC Health, Chanctonfold Barn, Chanctonfold, Horsham Road, Steyning, West Sussex BN44 3AA Großbritannien
 - **Post:** ALC Health, Chanctonfold Barn, Chanctonfold, Horsham Road, Steyning, West Sussex BN44 3AA United Kingdom
- Wir antworten Ihnen innerhalb von 5 Werktagen mit Ihren Konditionen und Zahlungsaufforderung.
- We'll write to you with your terms and requesting payment within 5 working days.
- Sobald wir Ihre Zahlung erhalten haben, senden wir Ihnen Ihre Versicherungsunterlagen zu.
- Then, once we've received your payment, we'll send your policy documentation.

1 Auswahl des Versicherungsschutzes 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. Für weitere Informationen zu unseren Plänen besuchen Sie uns unter www.alchealth.com oder scannen Sie diesen Code einfach mit Ihrem Smartphone →



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

Prima Classic	Prima Premier	Prima Platinum
<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung <input checked="" type="checkbox"/> In-patient, day-patient and out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre und teilstationäre Behandlung <input checked="" type="checkbox"/> In-patient and day-patient treatment <input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung Out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung <input checked="" type="checkbox"/> In-patient, day-patient and out-patient treatment
Reguläre Schwangerschaft und Entbindung Grenze: Routine pregnancy and childbirth limit: <input type="checkbox"/> £ 3.000: € 3.600: US\$ 4.500 <input type="checkbox"/> £ 5.000: € 6.000: US\$ 7.500	Reguläre Schwangerschaft und Entbindung Grenze: Routine pregnancy and childbirth limit: <input type="checkbox"/> £ 3.000: € 3.600: US\$ 4.500 <input type="checkbox"/> £ 5.000: € 6.000: US\$ 7.500 <input type="checkbox"/> £ 7.500: € 9.000: US\$ 11.250 <input type="checkbox"/> £ 10.000: € 12.000: US\$ 15.000	Reguläre Schwangerschaft und Entbindung Grenze: Routine pregnancy and childbirth limit: <input type="checkbox"/> £ 3.000: € 3.600: US\$ 4.500 <input type="checkbox"/> £ 5.000: € 6.000: US\$ 7.500 <input type="checkbox"/> £ 7.500: € 9.000: US\$ 11.250 <input type="checkbox"/> £ 10.000: € 12.000: US\$ 15.000 <input type="checkbox"/> £ 20.000: € 24.000: US\$ 30.000
<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlung Dental treatment	<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlung Dental treatment	<input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlung Dental treatment
<input type="checkbox"/> Evakuierung oder Überführung Evacuation or Repatriation	<input type="checkbox"/> Evakuierung oder Überführung Evacuation or Repatriation	<input type="checkbox"/> Evakuierung oder Überführung Evacuation or Repatriation
Geltungsbereich: Area of cover: <input type="checkbox"/> Bereich 1 - Europa Area 1 – Europe <input type="checkbox"/> Bereich 2 - Weltweit ohne USA und jegliche US-Territorien Area 2 – Worldwide excluding USA and any USA territories <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 ohne USA und jegliche US-Territorien Area 2 – Worldwide excluding USA and any USA territories <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 ohne USA und jegliche US-Territorien Area 2 – Worldwide excluding USA and any USA territories <input type="checkbox"/> Bereich 3 - Weltweit Area 3 – Worldwide
In welcher Währung möchten Sie die Prämie zahlen? Ihre Versicherungsleistungen werden ebenfalls in dieser Währung erbracht. 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 Selbstbehalt möchten Sie zahlen? Der Selbstbehalt gilt pro Person und Versicherungsjahr und nicht für die Optionen Routine-Schwangerschaft & Entbindung, Zahnbehandlung, Evakuierung oder Repatriierung oder Wohlbefinden, optische und Impfleistungen. Um Ihren Prämienbetrag zu reduzieren, wählen Sie einen höheren Selbstbehalt.

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"/> Nil | <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 Ihre Prämie bezahlen? Nachdem wir Ihren Antrag angenommen haben, werden wir Ihnen weitere Details zukommen lassen.

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

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

SEPA-Lastschriftzahlungen nur von EU/EWR-Bankkonten.

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

2 Ihre Daten Your details

Angaben zum Versicherungsnehmer

Policyholder details

Titel

Title

- Hr. Fr. Frl. andere:
- Mr Mrs Miss Other:

Vorname(n)

First name(s)

Nachname

Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Geschlecht

Gender

Beruf (bitte vollständige Angaben machen)

Occupation (please give full details)

Nationalität

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

Privatadresse

Home address

PLZ: 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)

Beziehung zu
Versicherungsnehmer

Relationship to policyholder

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)

Beziehung zu
Versicherungsnehmer

Relationship to policyholder

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)

Beziehung zu
Versicherungsnehmer

Relationship to policyholder

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)

Beziehung zu
Versicherungsnehmer

Relationship to policyholder

Beruf

Occupation

Nationalität

Nationality

Wohnsitzland

Country of residence

Krankengeschichte

Medical history

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

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

Kopie Nummer von
Copy number of

Versicherungsnehmer
Policyholder

1. Familienmitglied
1st family member

2. Familienmitglied
2nd family member

3. Familienmitglied
3rd family member

4. Familienmitglied
4th family member

1) Herz- oder Gefäßerkrankungen

Dazu gehören koronare Herzkrankheit, Brustschmerzen, Angina, Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel.

1) Heart or vascular disorders

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

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

2) Krebs, Tumore, Wucherungen, Zysten, Muttermale

2) Cancer, tumours, growths, cysts, moles

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

3) Muskel- oder Skeletterkrankungen

Dazu gehören Arthritis, Gelenkschmerzen, Knorpel- oder Bandprobleme, Rücken- und Nackenprobleme, Gelenkersatz, Ischias und Frakturen.

3) Muscular or skeletal problems

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

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

4) Verdauungsstörungen, Leber- und Gallenblasenerkrankungen

Dazu gehören Geschwüre, wiederkehrende Verdauungsstörungen, Reizdarm, Veränderung der Darmgewohnheiten, rektale Blutungen, Hämorrhoiden und Hepatitis.

4) Digestive, liver and gall bladder disorders

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

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

5) Psychiatrische und psychische Störungen

Dazu gehören Depressionen, Stress, Angstzustände, Schizophrenie, Anorexie nervosa, Bulimie und Zwangsstörungen.

5) Psychiatric and psychological disorders

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

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

6) Harnwegserkrankungen

Dazu gehören Blasen-, Nieren-, Prostataprobleme, Harnwegsinfektionen und Inkontinenz.

6) Urinary disorders

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

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

7) Ohren-, Nasen- und Rachenerkrankungen

Dazu gehören Ohrinfektionen, Sinusitis und Mandelentzündung.

7) Ears, nose and throat disorders

Including ear infections, sinusitis and tonsillitis.

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

8) Augenerkrankungen

Dazu gehören Katarakte und Augeninfektionen.

8) Eye disorders

Including cataracts and eye infections.

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

9) Hormonelle und metabolische Störungen

Dazu gehören Diabetes, Schilddrüse und Gicht.

9) Endocrine and metabolic disorders

Including diabetes, thyroid and gout.

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

10) Gynäkologische Erkrankungen

Dazu gehören schwere oder unregelmäßige Regelblutungen, Myome, Endometriose und abnormale Abstriche.

10) Gynaecological disorders

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

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

11) Schwangerschaft/Komplikationen

Dazu gehört Entbindung durch Kaiserschnitt.

11) Pregnancy/complications

Including delivery by caesarean section.

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

12) Neurologische Störungen

Dazu gehören Schlaganfall, Migräne, wiederkehrende Kopfschmerzen, Multiple Sklerose und Epilepsie.

12) Neurological disorders

Including stroke, migraines, recurring headaches, multiple sclerosis and epilepsy.

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

13) Atemwegserkrankungen

Dazu gehören Asthma, Bronchitis und Kurzatmigkeit.

13) Respiratory disorders

Including asthma, bronchitis, and shortness of breath.

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

14) Hauterkrankungen

Dazu gehören Ekzeme, Psoriasis, Sonnen-Keratose.

14) Skin disorders

Including eczema, psoriasis, solar keratosis.

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

15) Zahnerkrankungen

Dazu gehören betroffene Weisheitszähne.

15) Dental disorders

Including impacted wisdom teeth.

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

16) Leiden Sie oder jemand anderes, der unter Ihrer Police versichert ist, an AIDS oder HIV oder wartet derzeit auf Behandlung, Untersuchung, Kontrolle oder die Ergebnisse von Untersuchungen zu AIDS oder HIV?

16) 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?

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

Ja
Yes

Nein
No

17) Bitte geben Sie von jedem Antragstellenden die aktuelle Körpergröße in Metern und das Gewicht in Kilogramm an.

17) Please give the current height in metres and weight in kilogrammes of each applicant.

. m

kg

. m

kg

. m

kg

. m

kg

. m

kg

Aktuelle Behandlung und Kontrollen

Current treatment and check ups

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

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

Ja
Yes

Nein
No

Wenn ja, bitte nähere Angaben machen:

If yes, please give details:

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

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

Ja
Yes

Nein
No

Wenn ja, bitte nähere Angaben machen:

If yes, please give details:

Wichtige Hinweise

Important notes

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

Bitte stellen Sie sicher, dass Sie alle bekannten oder vermuteten Erkrankungen und Symptome, die von jeglicher in diesem Antrag enthaltenen Person erfahren wurden, vollständig offen legen. Dies gilt auch dann, wenn eine professionelle Beratung noch nicht in Anspruch genommen wurde. Typische Beispiele sind Krampfadern, Allergien, Rückenschmerzen, Fußstörungen (z. B. Hallux valgus), Hämorrhoiden, gynäkologische Probleme (einschließlich Unregelmäßigkeiten der Menstruation), Schwangerschaftskomplikationen (z. B. Kaiserschnitt), Verdauungsstörungen, Hautprobleme, Probleme mit Herz, Gliedmaßen, Augen, "Nerven" usw., jegliche Ohren-, Nasen- oder Rachenprobleme oder jegliche Schmerzen, Schwellungen, Knoten oder Fieber.

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

Angaben zum betreuenden Arzt

Bitte teilen Sie uns die Kontaktdaten Ihres aktuellen Arztes oder desjenigen mit, der mit Ihrer Krankengeschichte am besten vertraut ist.

Medical Practitioner's Details

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

Name

Name

Versicherungsnehmer oder Name des Familienmitglieds

Policyholder or Family Member's Name

E-Mail-Adresse

Email address

Telefonnummer

Tel

Fax

Fax

Datum des letzten Arztbesuchs (MM-JJJJ)

Date of last attendance (MM-YYYY)

Adresse

Address

PLZ:

Postcode:

Land

Country

Grund für den Arztbesuch

Reason for attendance

Name

Name

Versicherungsnehmer oder Name des Familienmitglieds

Policyholder or Family Member's Name

E-Mail-Adresse

Email address

Telefonnummer

Tel

Fax

Fax

Datum des letzten Arztbesuchs (MM-JJJJ)

Date of last attendance (MM-YYYY)

Adresse

Address

PLZ:

Postcode:

Land

Country

Grund für den Arztbesuch

Reason for attendance

Krankheiten angeben

Declaring illnesses

Wenn Sie auf eine der oben angeführten Fragen 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.

Auf welche Frage bezieht sich diese Angabe?

Which question does this declaration relate to?

Vollständiger Name

Full name

Datum, an dem Symptome/Krankheit 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

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

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

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

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

Auf welche Frage bezieht sich diese Angabe?

Which question does this declaration relate to?

Vollständiger Name

Full name

Datum, an dem Symptome/Krankheit 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

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

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

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

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

Auf welche Frage bezieht sich diese Angabe?

Which question does this declaration relate to?

Vollständiger Name

Full name

Datum, an dem Symptome/Krankheit 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

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

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

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

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

Auf welche Frage bezieht sich diese Angabe?

Which question does this declaration relate to?

Vollständiger Name

Full name

Datum, an dem Symptome/Krankheit 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

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

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

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

Datum, an dem Symptome/Krankheit 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

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

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

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

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 Mitteilungen an die Mitglieder, 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.

Wir können Ihre Daten 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 sie diese nicht für andere Zwecke verwenden und müssen sie vertraulich behandeln. Diese Dienstleistungen können Folgendes umfassen:

- Beurteilung und Verwaltung des Schadenprozesses
- 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 XL Insurance Company SE (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 XL Insurance Company SE (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:

compliance@axaxl.com

If you have questions or concerns regarding the way in which your personal information has been used, please contact: **compliance@axaxl.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://axaxl.com/privacy-and-cookies>

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

5 Ihre Erklärung Your declaration

1. Ich habe die vollständigen Definitionen, Leistungen, Ausschlüsse und Konditionen dieser Police erhalten und gelesen, einschließlich des allgemeinen Ausschlusses 1 in Bezug auf Vorerkrankungen und des allgemeinen Ausschlusses 7 in Bezug auf geltendes Recht. Ich verstehe, dass das Antragsformular, der Versicherungsnachweis und der Wortlaut der Police, die den Vertrag zwischen uns und allen bilden, Teil der Police sind. Mir ist bekannt, dass der Versicherungsschutz in Übereinstimmung mit der Police erfolgen muss. Der allgemeine Ausschluss 1 bezüglich der Vorerkrankungen gilt nicht für die Übertragung von medizinischen Versicherungsleistungen. Alle persönlichen Ausschlüsse werden auf Ihrem Versicherungsnachweis vermerkt.
 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 full 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 werden 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.
 - 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 mit Kredit-/Bankkarte bezahlen möchte, 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. Ich verstehe, dass à la carte healthcare limited nicht haftbar gemacht werden kann, wenn meine Police verfällt, sollte die Kredit-/Bankkarte abgelehnt werden, und ich nicht innerhalb von 7 Tagen auf Anfragen nach alternativen Zahlungsmethoden antworte.
 - 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 dies:
 - jeder, der in den Versicherungsplan einbezogen ist, hat zugestimmt, dass der Versicherungsnehmer die Erlaubnis hat, für ihn zu handeln, um diesen Versicherungsplan abzuschließen.
 - Der Versicherungsnehmer erlaubt im Namen dieser Familienmitglieder und sich selbst ALC Health, seinen Underwritern und seinen Schadenregulierern, personenbezogene Daten auf die oben beschriebene Weise zu verwenden.
 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 zahlen wird.
 - 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 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), wie sie in diesem Antragsformular enthalten ist, und die Datenschutzerklärung gelesen, die unter <https://www.alchealth.com/privacy.htm> verfügbar 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>
 8. Wenn Sie nicht angemessene Sorgfalt walten lassen und die Informationen, die Sie uns übermitteln, 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 Konditionen 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 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.
- Wir und Sie sind berechtigt, das für diesen Versicherungsvertrag maßgebliche Recht zu wählen. Wir schlagen englisches Recht vor und dies gilt, wenn nicht anders vereinbart.
- Es besteht erst dann Versicherungsschutz, wenn der Versicherer diesen Antrag akzeptiert und die Prämie bezahlt wurde. Der Versicherer behält sich das Recht vor, jeden Versicherungsantrag abzulehnen oder andere Prämien und Konditionen als jene anzubieten, die in Abhängigkeit von den von Ihnen gemachten Angaben angeboten werden.
- We may ask you to provide further information and/or documentation to make sure that the information you gave us when taking out, making changes to or renewing your plan was accurate and complete.
- We and you are entitled to choose the law that will govern this contract of insurance. We propose English law and this will apply unless otherwise agreed.
- No cover is in force until this proposal is accepted by the insurer and the premium is paid. The insurer reserves the right to decline any insurance proposal or to offer different premium and terms from those quoted dependent on the information you have provided.
9. ALC Health wird von der britischen Finanzbehörde beaufsichtigt und bietet in Deutschland unter Berufung auf die Dienstleistungsfreiheit nach der EU-Versicherungsvermittlerrichtlinie 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.
 9. 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.

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 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 vor Vervollständigung dieses Antragsformulars beginnt.

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

Unterlagen

Documentation

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

Ja Nein
Yes No

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

Bestätigung

Confirmation

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Policyholder signature

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

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

Bitte vollständigen Namen in DRUCKBUCHSTABEN

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.

XL Insurance Company SE ist eine europäische Aktiengesellschaft und wird von der Central Bank of Ireland reguliert. Firmensitz 8 St. Stephen's Green, Dublin 2 D02 VK30, Irland. Eingetragen in Irland unter der Nummer 641686.

XL Insurance Company SE is a European public limited liability company and is regulated by the Central Bank of Ireland. Registered Office 8 St. Stephen's Green, Dublin 2 D02 VK30, Ireland. Registered in Ireland Number 641686.

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

Global Response Ltd. Registered office: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex BN43 6BF. Registered in England and Wales. Registered number 05830667.

ALC Health und alc health sind Handelsmarken der à la carte healthcare ltd. Eingetragen in England unter der Nummer 4163178. Eingetragener Firmensitz: Chanctonfold Scheune Chanctonfold Horsham Road Steyning West Sussex BN44 3AA Großbritannien.

à la carte healthcare ltd ist von der Financial Conduct Authority (FCA Nein 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: Chanctonfold Barn Chanctonfold Horsham Road Steyning West Sussex BN44 3AA United Kingdom. à la carte healthcare ltd is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA No 311496).

à la carte healthcare ltd ist Teil der IMG Group of Companies.

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