

BESTÄTIGUNG DES GESUNDHEITZUSTANDS

BITTE FÜLLEN SIE DIESES FORMULAR IN DRUCKBUCHSTABEN AUS.

So füllen Sie dieses Formular aus:

Sie müssen dieses Formular vollständig ausfüllen und uns alle relevanten Informationen mitteilen. Sobald Sie uns diese Bestätigung geschickt haben, überprüft unser Risikoprüfungsteam alle Einzelheiten. Wir werden dann die Informationen auswerten und uns mit unserer Entscheidung so schnell wie möglich bei Ihnen melden. Sollten Sie uns über medizinische Beschwerden informiert haben, kann es sein, dass wir weitere Informationen benötigen.

Bestehende Versicherte beachten bitte, dass dieses Formular nicht zum Hinzufügen von Tarifen oder Angehörigen gedacht ist.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

1. Ich bin ein/e neue/r Antragssteller/in und mein Antragsformular ist nicht mehr gültig.

Antragsnummer:

2. Ich bin ein/e bestehende/r Versicherte/r. Meine Versicherungsnummer ist: und:

a) Meine Versicherung wurde gekündigt und ich möchte sie wiederherstellen.

b) Ich möchte meinen Tarif bei Vertragsverlängerung erweitern.

Soll die Erweiterung für alle Versicherten des Tarifs gelten? Ja Nein

Bitte geben Sie die gewünschten Tarife für alle Versicherten im Rahmen der Police an.

Gewünschte Tarife	Versicherungsnehmer	Angehöriger 1	Angehöriger 2	Angehöriger 3
Haupttarif				
Ambulanttarif				
Mutterschaftstarif				

- c) Ich möchte meinen versicherten geografischen Geltungsbereich auf folgendes erweitern:

Grund für die Erweiterung (bitte geben Sie Details an):

3. Keine der oben genannten Angaben - bitte geben Sie den Grund für das Ausfüllen dieses Formulars an:

1 ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER/VERSICHERUNGSNEHMER

Informieren Sie uns bitte, wenn sich Ihre Kontaktdaten ändern. So können wir sicherstellen, dass Sie sämtliche Korrespondenz erreicht.

Herr Frau

Vorname

Nachname

Geburtsdatum / / Geschlecht: Männlich Weiblich

Heimatland (das Land, in das Sie rücktransportiert werden möchten)

Nationalität

Das Land des Hauptwohnsitzes (das Land, in dem Sie mehr als sechs Monate des Jahres leben)

Vollständige Adresse im Land des Hauptwohnsitzes (Pflichtfeld)

Haupttelefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

Andere/Zweittelefonnummer LÄNDERVORWAHL ORTSVORWAHL

E-Mail Adresse (Pflichtfeld, bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)


Beruf (Pflichtfeld) (Falls Sie Student sind, bitte angeben)






Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular per:

 E-Mail an: underwriting@allianzworldwidecare.com

 Fax an: +353 1 629 7117

 Post an: Allianz Care
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12, Irland

 Falls Sie Probleme beim Ausfüllen dieses Formulars oder Fragen zu unserem Antragsverfahren haben, kontaktieren Sie einfach unsere Helpline unter + 353 1 630 1302.

 www.facebook.com/AllianzCare/
 www.linkedin.com/company/allianz-care
 www.youtube.com/c/allianzcare
 www.instagram.com/allianzcare/
 twitter.com/AllianzCare

Dieses Dokument ist eine Übersetzung des original auf Englisch verfassten „Confirmation of Health Status“. Die englische Originalversion gilt ausschließlich als rechtlich verbindlich. Auch wenn Unterschiede zwischen der übersetzten Version und der englischen Originalversion bestehen, gilt die englische Version als rechtlich verbindlich.

AWP Health & Life SA handelt durch ihre irische Niederlassung und ist eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht. Registriert in Frankreich unter der Nr. 401 154 679 RCS Paris Bobigny. Irische Niederlassung ist eingetragen im irischen Handelsregister, Registernummer: 907619, Adresse: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland. Allianz Care und Allianz Partners sind eingetragene Firmen von AWP Health & Life SA.