

AUFNAHMEANTRAG

MYHEALTH INTERNATIONAL



WIR FREUEN UNS, DASS SIE SICH FÜR UNSERE
VERSICHERUNGSLÖSUNG ENTSCIEDEN HABEN.
HIER FINDEN SIE DIE VERSCHIEDENEN ETAPPEN,
DIE FÜR IHREN BEITRITT NOTWENDIG SIND:



Füllen Sie Ihren Aufnahmeantrag aus und schicken Sie diesen per E-Mail oder postalisch
an APRIL International Expat.

Die Anleitung dazu finden Sie auf der nächsten Seite, oder Sie kontaktieren uns.

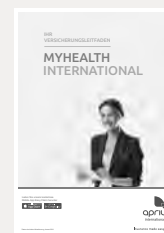
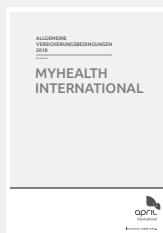


Ihr Aufnahmeantrag wird umgehend nach Eingang bearbeitet.



Bei Bestätigung Ihres Antrages erhalten Sie:

- Ihre Versicherungsbescheinigung
- Ihre Allgemeinen Versicherungsbedingungen, in denen die Funktionsweise des Vertrages aufgeführt wird
 - Ihre Versichertenkarte mit den Vertragsdaten und unseren Notfallnummern, die bei Assistenzbedarf oder bei einer Krankenhauseinweisung zu benutzen sind
- Ihren Versicherungsleitfaden, der die Vorgehensweise in einem Schadenfall sowie alle wichtigen Kontaktdaten zusammenfasst.



WIE WERDE ICH MITGLIED?

- A. Geben Sie Ihre personenbezogenen Daten in den Abschnitten **1**, **2** und **3** an.
- B. Wählen Sie die Erstattungsmethode Ihrer Heilbehandlungskosten im Abschnitt **4** aus.
- C. Tragen Sie je nach gewähltem Versicherungsschutz die zusätzlichen Informationen im Abschnitt **5** ein.
- D. Geben Sie im Abschnitt **6** das Datum an, an dem Ihr Vertrag beginnen soll.
- E. Berechnen Sie Ihren Versicherungsbeitrag und geben Sie die Zahlungsweise im Abschnitt **7** an.
- F. Datieren und unterschreiben Sie Ihren Aufnahmeantrag im Abschnitt **8**.
- G. Füllen Sie den Gesundheitsfragebogen aus, datieren und unterschreiben Sie diesen im Abschnitt **9**.
- H. ● Für Ihre erste Beitragszahlung können Sie:
- die Daten Ihrer Kreditkarte auf der Seite 15 des Aufnahmeantrags angeben, **ODER**
 - den ersten Versicherungsbeitrag per Überweisung in Auftrag geben (in diesem Fall fügen Sie bitte eine Kopie des Überweisungsauftrages bei).
- Für die folgenden Beitragszahlungen füllen Sie bitte die SEPA-Einzugsermächtigung aus, wenn Sie Ihre Beiträge durch Lastschrift von einem in Euro (in einem Land der SEPA-Zone) geführten Bankkonto zahlen möchten.
- I. Fügen Sie für jede Person, die in Ergänzung der französischen gesetzlichen Sozialversicherung versichert wird, eine gültige Versicherungsbescheinigung bei.
- J. Wenn Sie eine Außerkraftsetzung der für die Krankenversicherung geltenden Wartezeiten beantragen möchten, fügen Sie die Lösungsbescheinigung sowie eine Leistungsübersicht Ihres Vorvertrages bei.
- K. Je nach gewählten Leistungen übermitteln Sie uns bitte auch folgende Nachweise:
- für die Sterbe- und Pflegekapitalversicherung: eine Kopie eines gültigen Identitätsdokumentes (Personalausweis oder Pass)
 - für die Krankentagegeldversicherung bei Arbeitsunfähigkeit aus medizinischem Grund, wenn Sie einen Betrag über 80 €/€ gewählt haben: eine Kopie Ihres letzten Einkommensteuerbescheids und Ihrer letzten Gehaltsabrechnung

SCHICKEN SIE ALLE UNTERLAGEN:

per E-Mail an: kundenbetreuung@april.com

ODER

postalisch an: APRIL International Expat - Service Adhésions Individuelles
110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANKREICH

BETREUUNG DURCH UNSERE TEAMS IN MEHREREN SPRACHEN:



telefonisch: +49 (0) 89 43 60 7 288 von Montag bis Freitag von 8.30 bis 17.00 (MEZ)



per E-Mail: info.expat@april.de

HAUPTVERSICHERTER**Gewünschte Postanschrift**

Adresse:

Postleitzahl:

Stadt:

Staat/Region/Land:

Land:

Festnetz: + /

Mobil: + /

2

VERSICHERUNGSNEHMER (BEITRAGSZAHLER)

- Der Hauptversicherte ist der Versicherungsnehmer (in diesem Fall müssen die nachfolgenden Adressfelder nicht ausgefüllt werden)
- Der Versicherungsnehmer ist nicht der Hauptversicherte

Privatkunde Unternehmen Firmenname:

Anrede: Frau Herr

Name:

Vorname(n):

Adresse:

Postleitzahl:

Stadt:

Staat/Region/Land:

Land:

Festnetz: + /

Mobil: + /

E-mail:

3

GEWÜNSCHTE ART DER ERSTATTUNG FÜR HEILBEHANDLUNGSKOSTEN:

- per Überweisung auf ein Konto in Deutschland (bitte legen Sie dem Aufnahmeantrag Ihre Bankverbindung bei)
- per Überweisung auf ein Konto in den USA (bitte legen Sie dem Aufnahmeantrag eine internationale Bankverbindung mit Kontonummer, SWIFT-Code, Anschrift der Bank und ABA-Routing-Nr. bei)
- per Überweisung auf ein Konto in einem anderen Land (bitte legen Sie dem Aufnahmeantrag eine internationale Bankverbindung mit Kontonummer, SWIFT-Code und Anschrift der Bank bei)

Je nachdem, wo Ihr Bankkonto geführt wird, kann Ihre Bank Gebühren berechnen.

4

BEZEICHNUNG DER BEGÜNSTIGTEN BEI ABSCHLUSS DER STERBE- UND PFLEGEKAPITALVERSICHERUNG

Je nach versicherter Todesfallsumme sind **medizinische Nachweise** zu erbringen. Bitte beziehen Sie sich hierfür auf die Versicherungstabelle auf Seite 8. Die genannten Begünstigten müssen **natürliche Personen** sein.

Hauptversicherter: Im Sterbefall ist/sind begünstigt:

- mein überlebender, zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Kapitals nicht offiziell getrennt lebender Ehepartner, anderenfalls meine lebenden oder vertretenen geborenen oder ungeborenen Kinder zu gleichen Teilen, anderenfalls meine Verwandten in aufsteigender Linie zu gleichen Teilen, anderenfalls meine Erben.
- Weitere(r) Begünstigte(r) (geben Sie bitte den Namen, Vornamen, Geburtsdatum und -ort sowie den auszuzahlenden Anteil des Kapitals in Prozent an):

.....

(Ehe)Partner: Im Sterbefall ist/sind begünstigt:

- mein überlebender, zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Kapitals nicht offiziell getrennt lebender Ehepartner, anderenfalls meine lebenden oder vertretenen geborenen oder ungeborenen Kinder zu gleichen Teilen, anderenfalls meine Verwandten in aufsteigender Linie zu gleichen Teilen, anderenfalls meine Erben.
- Weitere(r) Begünstigte(r) (geben Sie bitte den Namen, Vornamen, Geburtsdatum und -ort sowie den auszuzahlenden Anteil des Kapitals in Prozent an):

.....

Sollte(n) kein(e) Begünstigter/en genau benannt worden sein, wird im Todesfall der Leistungsbetrag der Sterbekapitalversicherung an den zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Kapitals überlebenden, nicht offiziell getrennt lebenden Ehepartner, anderenfalls an die lebenden oder vertretenen geborenen oder ungeborenen Kinder zu gleichen Teilen, anderenfalls an die Verwandten in aufsteigender Linie zu gleichen Teilen, anderenfalls an die Erben ausgezahlt.

5

WEITERE INFORMATIONEN BEI ABSCHLUSS DER KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNG BEI ÄRZTLICH FESTGESTELLTER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Die verlangten medizinischen Nachweise entsprechen dem gewählten Sterbekapital.

Hauptversicherter

Jährliches Nettoeinkommen^{1,2}: € \$

Krankentagegeldansprüche bei der französischen Sozialversicherung: €

(nur bei Mitgliedschaft in Ergänzung zur Sozialversicherung ausfüllen)³

Befindet sich der Hauptversicherte in einer Firmengründungsphase? JA NEIN

Wenn Sie eine Krankentagegeldversicherung für einen Betrag über 80 €/ \$ abschließen möchten, legen Sie eine Kopie Ihres letzten Einkommensteuerbescheids und Ihrer letzten Gehaltsabrechnung bei.

(Ehe)Partner

Jährliches Nettoeinkommen^{1,2}: € \$

Krankentagegeldansprüche bei der französischen Sozialversicherung: €

(nur bei Mitgliedschaft in Ergänzung zur Sozialversicherung ausfüllen)³

Befindet sich der (Ehe)Partner in einer Firmengründungsphase? JA NEIN

Wenn Sie eine Krankentagegeldversicherung für einen Betrag über 80 €/ \$ abschließen möchten, legen Sie eine Kopie Ihres letzten Einkommensteuerbescheids und Ihrer letzten Gehaltsabrechnung bei.

¹ Pflichtfelder

² Bei Unternehmensgründung oder Wiederaufnahme der Berufstätigkeit darf die monatliche Gesamtsumme der Tagegelder nicht höher als 70 % Ihres ehemaligen monatlichen Nettoverdienstes sein.

³ In diesem Fall darf die Gesamtsumme der Tagegelder pro Monat aus der Basisversicherung und dem Vertrag MyHealth International nicht höher als 100 % des monatlichen Nettoverdienstes sein.

6

Gewünschter Versicherungsbeginn: / /

(Vorbehaltlich der Genehmigung des Antrags und frühestens am auf den Eingang des Aufnahmeantrages folgenden Tag. Wenn für Ihren Antrag eine Gesundheitsprüfung notwendig ist, beginnt Ihr Vertrag frühestens am Tag der Unterzeichnung der übermittelten Aufnahmebedingungen.)

Berechnung und Zahlung des Beitrages

GEWÜNSCHTES ZAHLUNGSINTERVALL	Wählen Sie Ihre Zahlungsweise unter den folgenden Optionen aus:		
	SEPA-Lastschrift von einem in Euro geführten Bankkonto	Kreditkarte €/ \$	Banküberweisung €/ \$
Jährliche Zahlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halbjährliche Zahlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 20 €/ \$ Ratenzuschlag pro Halbjahr, entspricht 40 €/ \$ pro Jahr	<input type="radio"/> 20 €/ \$ Ratenzuschlag pro Halbjahr, entspricht 40 €/ \$ pro Jahr
Vierteljährliche Zahlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 20 €/ \$ Ratenzuschlag pro Quartal, entspricht 80 €/ \$ pro Jahr	<input type="radio"/> 20 €/ \$ Ratenzuschlag pro Quartal, entspricht 80 €/ \$ pro Jahr
Monatliche Zahlung	<input type="radio"/>		

► BERECHNUNG DES JAHRESBEITRAGES

Währung:

€ \$

Jahresbeitrag inkl. aller Steuern und Abgaben (lt. übermitteltem Angebot):

,

Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft in die Association des Assurés d'APRIL International ergänzend zu den ausgewählten Leistungen:

+ 2 , 0 0

Ratenzuschlag (außer bei SEPA-Lastschrift oder jährlicher Zahlung):

+ ,

Gesamtjahresbeitrag*:

,

*Die Höhe der Beiträge kann gemäß der versicherungstechnischen Ergebnisse der Versichertengruppe am jährlichen Fälligkeitsdatum neu bestimmt werden.

Ihr erster Beitrag:

,

Ihr erster Beitrag entspricht der ersten Rate des Gesamtjahresbeitrages.

„COMMUNITY DISCOUNT“

Wenn Sie einen Patenschaftscode besitzen, tragen Sie diesen bitte hier ein: Mit diesem Code erhalten Sie Ihren Beitragsrabatt!

Ihre erste Beitragszahlung:

- per Banküberweisung
- per Kreditkarte (es werden nur Eurocard-Mastercard und Visa akzeptiert)

Bitte tragen Sie für die Zahlung per Kreditkarte die entsprechenden Daten in dem dafür vorgesehenen Formular auf Seite 15 ein.

Ihre folgenden Beitragszahlungen:

- per Banküberweisung oder Kreditkarte. Sie sind bei diesen Zahlungsweisen für die Durchführung der Zahlung zu jeder Fälligkeit selbst verantwortlich.
- per SEPA-Lastschrift (bitte übersenden Sie uns dazu die beigefügte SEPA- Einzugsermächtigung mit Ihrer Bankverbindung).

Ihre Beitragsaufforderungen stehen in elektronischem Format zur Verfügung. Sie werden Ihnen per E-Mail zugestellt und sind online in Ihrem Kundenkonto einsehbar.

UNTERZEICHNUNG DES AUFNAHMEANTRAGES

Ich beantrage meine Aufnahme in die Association des Assurés d'APRIL International sowie den Beitritt für die auf dem Aufnahmeantrag genannten Versicherten zu den Vereinbarungen, die von ihr mit Groupama Gan Vie für die Krankenversicherung, die Sterbe- und Pflegekapitalversicherung und die Krankentagegeldversicherung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit und CHUBB für die Assistance-Versicherung und die Privathaftpflichtversicherung abgeschlossen wurden. Ich erkläre, die Satzung der Association des Assurés d'APRIL International zur Kenntnis genommen zu haben (herunterladbar von der Webseite <http://assoexpat-a3i.fr/association>).

Ich erkläre, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit der Bezeichnung MHI Cov, die den Status eines Informationsblatts haben, zur Kenntnis genommen zu haben, insbesondere mein Recht auf Rücktritt. Ich erkläre weiter, diese Bedingungen anzuerkennen und ein Exemplar davon in Verwahrung genommen zu haben. Ich erkenne die Bedingungen an, die für die Verwaltungsgeschäfte von APRIL International Expat gelten. Meine Mitgliedschaft verlängert sich stillschweigend am Jahrestag des Vertrags für die Dauer von einem Jahr.

Bei Änderung meines Vertrags durch Nachtrag nehme ich zur Kenntnis, dass die o. g. Allgemeinen Versicherungsbedingungen die geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind.

Französisches Datenschutzgesetz Informatique et Libertés:

Lt. französischem Gesetz vom 6. Januar 1978, geänd., erkläre ich, von APRIL International Expat als zuständige Einrichtung für die Datenverarbeitung informiert worden zu sein, dass:

- die erhobenen Informationen für die Bearbeitung meiner Leistungsanträge, die Verwaltung meines Vertrags und die Bearbeitung meiner Aufnahmeunterlagen notwendig sind. Die administrativen Informationen werden von APRIL International Expat und den Versicherern bzw. ihren Beauftragten für meinen Beitritt zum Vertrag elektronisch verarbeitet. Das Unternehmen APRIL International Expat kann mich zu meinem Versicherungsantrag telefonisch kontaktieren, außer ich habe dagegen per E-Mail an adhesion.expat@april-international.com oder schriftlich per Post an u. g. Adresse Widerspruch eingelegt.
- ich über ein Widerspruchsrecht gegen Telefonwerbung verfüge, indem ich mich schriftlich per Post an OPPOSETEL - Service Bloctel - 6, rue Nicolas Siret - 10000 TROYES wende, oder auf der Webseite www.bloctel.gouv.fr,
- ich über ein Recht auf Zugriff und ggf. Berichtigung aller Informationen, die mich betreffen und Inhalt dieser Dateien sind, verfüge. Dazu wende ich mich schriftlich an APRIL International Expat, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANKREICH. APRIL International Expat kann bestimmte administrative Informationen benutzen und sie den Filialen der APRIL Gruppe übermitteln, damit diese mir neue Produkte oder Serviceleistungen anbieten können. Ich kann dieser Übermittlung durch einfachen Brief an APRIL International Expat (Adresse s. oben) widersprechen, wobei mir die Portokosten erstattet werden.
- ich ebenfalls über das Recht verfüge, Festlegungen bezüglich der Speicherung, Löschung und Weitergabe meiner Daten nach meinem Ableben zu treffen. Sollte ich nichts festgelegt haben, verfallen meine Rechte nach meinem Ableben, allerdings können meine Erben: auf meine persönlichen Daten zugreifen, um Informationen zu ermitteln und offenzulegen, die für die Abwicklung und Aufteilung meines Erbes sachdienlich sind, aber auch, um die digitalen Güter bzw. Daten, die vererbt werden können, als Familienerinnerungen ausgehändigt zu bekommen; Mitteilung über die Berücksichtigung meines Ablebens erhalten und in diesem Zusammenhang die Schließung meiner Nutzerkonten erwirken, der weiteren Verarbeitung meiner persönlichen Daten widersprechen oder deren Aktualisierung veranlassen. Dieses Recht kann ich durch Versand eines Briefes an die o. g. Adresse ausüben, dem ich eine Kopie der Vorder- und Rückseite eines Personaldokuments beilege.
- meine persönlichen Daten auch im Rahmen der Bekämpfung von Versicherungsbetrug verarbeitet werden können,
- APRIL International Expat in seiner Eigenschaft als Finanzinstitution zwecks Bekämpfung von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung sowie deren Sanktionierung die lt. Gesetz vorgeschriebenen Kontrollen durchführt.

Lt. Art. L56145 des französischen Währungs- und Finanzgesetzes kann ich mein diesbezügliches Zugriffsrecht bei der französischen Datenschutzbehörde Commission Nationale Informatique et Libertés - 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris Cedex 02 - FRANKREICH ausüben. Sollte sich dieser Antrag auf Zugriffsrecht jedoch auf Untersuchungen beziehen, die lt. Gesetz Informatique et Libertés Nr. 78-17 vom 6. Januar 1978 zur Identifizierung von Personen dienen, die Gegenstand von Maßnahmen zur Einfrierung von Guthaben oder Verhängung einer Geldstrafe sind, kann ich mein Zugriffsrecht ausüben, indem ich mich schriftlich postalisch unter Beifügung einer Kopie meines Personaldokuments an o. g. Adresse wende.

Datenspeicherung - Meine Daten sollen innerhalb der geltenden Verjährungsfristen gespeichert werden.

Ich erkläre außerdem, zur Kenntnis genommen zu haben, dass meine Telefongespräche mit den Servicestellen von APRIL International Expat für den internen Bedarf aufgezeichnet werden können und dass ich zu den Aufzeichnungen, die mich betreffen, Zugang haben kann, indem ich mich schriftlich an APRIL International Expat (Adresse s. oben) wende, wobei davon auszugehen ist, dass jede Aufzeichnung maximal zwei Monate lang aufbewahrt wird.

Ich erkenne an, dass mich der Beitritt zu diesem Vertrag nicht von den Beiträgen zu den gesetzlichen Versicherungen befreit, deren Mitglied ich u. U. bin. Ich erkenne an, dass die Erstattungen oder Entschädigungen für Kosten, die durch eine Krankheit, eine Mutterschaft oder einen Unfall entstanden sind, nicht höher sein können als die Beträge, die mir in Rechnung gestellt wurden. Ich bin damit einverstanden, dass mich APRIL International Expat auffordert, gleichwertigen Versicherungsschutz anzuzeigen, den ich eventuell mit anderen Versicherungsorganen vereinbart habe, und dass für bestimmte Leistungen Wartezeiten gelten. Ich erkenne an, dass die Versicherer keine Kosten übernehmen, die unter Berücksichtigung des Orts, an dem sie angefallen sind, als unvernünftig und ungewöhnlich gelten.

Im Rahmen meines Beitritts zum Vertrag in Ergänzung zur französischen Sozialversicherung kann ich jederzeit der Weitergabe von Informationen, die meine obligatorische Krankenversicherung besitzt und die meine in Anspruch genommenen Leistungen widerspiegeln, durch diese an APRIL International Expat schriftlich widersprechen.

Im Rahmen des Beitritts zum Vertrag ohne Selbstbehalt in Euro oder Dollar verpflichte ich mich, APRIL International Expat alle Beträge zu erstatten, die mir von anderen Einrichtungen der Sozialversicherung und/oder einer Zusatzversicherung oder einer Vorsorgeinstitution erstattet werden

Ich erkenne an, dass für die im Rahmen dieses Vertrags vorvertraglichen und vertraglichen Beziehungen das französische Recht und die französische Sprache maßgeblich sind.

Ich als Unterzeichner(in) bestätige, die gestellten Fragen persönlich genau und richtig beantwortet zu haben, nichts Weiteres erklären zu müssen bzw. keine Erklärungen unterlassen zu haben, die den Versicherer irreführen könnten. Ich bestätige, darüber informiert zu sein, dass bei Verschweigen von Tatsachen oder falschen Angaben die lt. Art. L113-8 und L113-9 [frz.] Versicherungsgesetz vorgesehenen Sanktionen zur Anwendung kommen.

Ich möchte Informationen über die Angebote der Partner von APRIL per E-Mail erhalten.

Ausgefertigt in am / /

Unterschrift des Hauptversicherten nach dem Vermerk „Gelesen und genehmigt“:

Unterschrift des (Ehe-)Partners/der (Ehe-)Partnerin nach dem Vermerk „Gelesen und genehmigt“:

Unterschrift des Versicherungsnehmers (wenn vom Hauptversicherten abweichend) nach dem Vermerk „Gelesen und genehmigt“:

Um Kinder unter 18 Jahren zu versichern, muss der Versicherungsnehmer den Aufnahmeantrag unterschreiben und Elternteil, gesetzlicher Vormund oder Erziehungsberechtigter sein.

Name: Vorname(n): Geburtsdatum: | t | t | m | m | j | j | j | j |

SEHR WICHTIG

Der Gesundheitsfragebogen ist 3 Monate gültig.

Wenn Sie beispielsweise wünschen, dass Ihr Vertrag am 01.04. beginnt, können Sie diesen Fragebogen vom 01.01. bis 31.03. unterschreiben. Jeder Versicherte muss einen Gesundheitsfragebogen ausfüllen. Wenn der Vertrag mehr als 2 zu versichernde Personen umfasst, fotokopieren Sie bitte den Fragebogen. Die Fragen **6)** und **9a)** sind für minderjährige Kinder nicht zu beantworten. Die Fragen **3c), 3d), 4** und **7** sind nicht zu beantworten wenn Sie den Tarif Emergency abschließen möchten.

1 ART. L.112-8 [FRZ.] VERSICHERUNGSGESETZ: Unabhängig von den normalen Nichtigkeitsbedingungen und vorbehaltlich der Bestimmungen von Art. L.132-26 ist der Versicherungsvertrag bei Verschweigen von Tatsachen oder bewusst falschen Angaben von Seiten des Versicherten nichtig, wenn sich aufgrund dieses Verschweigens oder dieser falschen Angabe der Gegenstand des Risikos oder dessen Beurteilung für den Versicherer ändert, auch wenn das vom Versicherten verschwiegene oder falsch dargestellte Risiko für den Schaden ohne Belang war.

2 LESEN SIE SICH DEN FOLGENDEN FRAGEBOGEN SEHR GENAU DURCH: Wir weisen Sie ausdrücklich auf die Bedeutung dieses Fragebogens hin, der unbedingt vollständig beantwortet, datiert und unterschrieben werden muss. Der Vertrauensarzt behält sich das Recht vor, Ihre behandelnden Ärzte jederzeit, vor allem vor Durchführung einer Erstattung oder Ausstellung einer Genehmigung für einen Krankenhausaufenthalt, aufzufordern, die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Gesundheitsfragebogen bereitgestellten Informationen zu bestätigen und uns zu versichern, dass die während der Behandlung festgestellten Erkrankungen nicht widersprüchlich oder inkohärent gegenüber den Informationen sind, die beim Beitritt angegeben wurden.

3 VERTRAULICHKEIT: Unabhängig davon, welche Angaben Sie in dem Gesundheitsfragebogen machen, bitten wir Sie, uns diesen mit Ihrem Aufnahmeantrag **in einem versiegelten Umschlag mit dem Hinweis „ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT“** an den Vertrauensarzt gemeinsam mit **allen medizinischen Unterlagen, welche die Prüfung Ihres Antrages unterstützen können**, an die folgende Adresse zu schicken:

APRIL International Expat - À l'attention du Médecin Conseil - 110 Avenue de la République - CS 51108 Paris Cedex 11 - FRANKRKEICH

IHRE GRÖSSE: | | | | | Zentimeter Inches **IHR GEWICHT:** | | | | | Kilogramm Pounds

1 Werden derzeit oder wurden in den **letzten 15 Jahren** bei Ihnen die Behandlungskosten einer Langzeiterkrankung zu 100% durch eine Krankenversicherung übernommen? NEIN JA
Grund:
Datum: Dauer:

9
2 Wurden Sie in den **letzten 10 Jahren in einer Klinik stationär behandelt oder operiert**, inkl. durch Endoskopie (andere Eingriffe als Kaiserschnitt, benigne Appendektomie, Weisheitszähne, Entfernung der Mandeln oder von Wucherungen in der Kindheit ...)? NEIN JA
Grund des/der stationären Aufenthalts/Aufenthalte:
Datum : Art des/der chirurgischen Eingriffs/Eingriffe:
Datum: Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant? NEIN JA Wenn JA, welche?

Haben Sie in den **letzten 5 Jahren:**
a) einen Arzt konsultiert wegen **Problemen mit der Wirbelsäule** (Beispiel: Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Halswirbelsäulenschmerz, Ischias ...), sonstigen Gelenkproblemen, Rheuma oder Fibromyalgie (Beispiele: Schulter, Knie, Hüfte ...)? NEIN JA
Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung:
Datum : Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant? NEIN JA Wenn JA, welche?

3
b) einen Arzt konsultiert wegen **psychischen Störungen** (Beispiele: Angst, Depression, Stress, Überlastung, Burnout, Psychose ...)? NEIN JA
Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung:
Datum : Finden derzeit Behandlungen statt oder sind geplant? NEIN JA Wenn JA, welche?

c) einen Arzt konsultiert wegen einer **Herz-Kreislauf-Erkrankung** (Beispiele: Bluthochdruck, Venenentzündung, Infarkt, Schlaganfall ...) oder wegen einer anderen Erkrankung des Herzens oder des Kreislaufes? NEIN JA
Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung:
Datum : Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant? NEIN JA Wenn JA, welche?

d) einen Arzt konsultiert wegen **Atembeschwerden** (Beispiele: Asthma, rezidivierende oder chronische Bronchitis ...), die nicht zu den jahreszeitlich bedingten akuten Erkrankungen gehören? NEIN JA
Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung:
Datum : Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant? NEIN JA Wenn JA, welche?

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN /1 [FORT.]

Name: Vorname(n): Geburtsdatum: | t | t | m | m | j | j | j | j |

4	Haben Sie einen Test für HIV-Seropositivität (AIDS), Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) durchführen lassen, dessen Ergebnis „positiv“ war? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA Welchen oder welche? Datum:
5	Wurden Sie in den letzten 5 Jahren länger als 30 Tage auf ärztliche Verordnung medizinisch behandelt? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA Grund/Gründe: Art der Behandlung: Datum: Dauer:
6	Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 30 Tage (ganz oder teilweise) aus gesundheitlichen Gründen auf ärztliche Verordnung der Arbeit freigestellt (gesetzlicher Urlaub und Mutterschaft ausgenommen)? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA Wenn JA: <input type="radio"/> Krankheit <input type="radio"/> Unfall Art: Datum: Dauer: Eventuelle Folgeschäden:
7	Sind Sie derzeit krank und/oder haben Beschwerden bzw. werden Sie medizinisch behandelt ? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA Art der Krankheit oder der Beschwerden: Datum/Jahr des Auftretens: Art der medizinischen Behandlung: Seit wann?
8	Erhalten Sie derzeit eine regelmäßige oder 30 Tage andauernde und ärztlich verordnete medizinische Behandlung ? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA Grund/Gründe: Art der medizinischen Behandlung: Seit wann?
9	Haben Sie: a) eine Pension, Rente oder Zuwendung aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA b) eine Missbildung oder eine Behinderung? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA Seit wann? Grund:
10	Sind in den nächsten 12 Monaten geplant (Mutterschaft und Vorsorgeuntersuchungen ausgenommen): a) medizinische Untersuchungen (Labor, medizinische Bildgebung, Endoskopie ...)? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA Art der Untersuchungen: Datum: Grund: b) Facharztkonsultationen? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA Grund: Datum: c) Operationen? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA Art der Operation: Datum: Grund: Datum:

Hinweise bei positiver Antwort (JA) auf eine der Fragen:

Um die Bearbeitung Ihres Antrags zu erleichtern, geben Sie uns bitte hier so viele Details wie möglich über die in dem Gesundheitsfragebogen genannten Krankheiten und Beschwerden. Fügen Sie ebenfalls die Kopien von allen Arztberichten bzw. ergänzenden Unterlagen bei, die unseren Ärzten helfen könnten, Ihren Antrag schnellstmöglich zu bearbeiten.

ERGÄNZENDE ERLÄUTERUNGEN

.....

.....

.....

Ich, der Unterzeichner / die Unterzeichnerin, bestätige die Richtigkeit und Genauigkeit dieser Erklärungen. Ich genehmige ausdrücklich das Sammeln und Auswerten der Daten über meine Gesundheit, die für die Verwaltung meiner Mitgliedschaft und meiner Versicherungen notwendig sind, wobei diese Daten unter Einhaltung der Regeln durchgeführt werden, die für die ärztliche Schweigepflicht gelten. Sie sind ausschließlich für den Vertrauensarzt bestimmt, den Medizinischen Dienst bzw. die internen oder externen Personen mit spezieller Berechtigung. Diese Daten können auch von berechtigten Personen im Rahmen der Betrugsbekämpfung verwendet werden. Ich verfüge über ein Recht auf Zugriff, Berichtigung und Löschung, welches ich mit Postbrief, der Fotokopie eines Personaldokuments beiliegend, beim Vertrauensarzt an der oben genannten Adresse ausüben kann.

Ausgefertigt in am | t | t | / | m | m | / | j | j | j | j |

Unterschrift des Versicherten nach dem Vermerk „Gelesen und genehmigt“:
 Unterschrift des gesetzlichen Vertreters für minderjährige Versicherte:

Name: Vorname(n): Geburtsdatum: | t | t | m | m | j | j | j | j |

SEHR WICHTIG

Der Gesundheitsfragebogen ist 3 Monate gültig.

Wenn Sie beispielsweise wünschen, dass Ihr Vertrag am 01.04. beginnt, können Sie diesen Fragebogen vom 01.01. bis 31.03. unterschreiben. Jeder Versicherte muss einen Gesundheitsfragebogen ausfüllen. Wenn der Vertrag mehr als 2 zu versichernde Personen umfasst, fotokopieren Sie bitte den Fragebogen. Die Fragen **6)** und **9a)** sind für minderjährige Kinder nicht zu beantworten. Die Fragen **3c), 3d), 4** und **7** sind nicht zu beantworten wenn Sie den Tarif Emergency abschließen möchten.

1 ART. L.112-8 [FRZ.] VERSICHERUNGSGESETZ: Unabhängig von den normalen Nichtigkeitsbedingungen und vorbehaltlich der Bestimmungen von Art. L.132-26 ist der Versicherungsvertrag bei Verschweigen von Tatsachen oder bewusst falschen Angaben von Seiten des Versicherten nichtig, wenn sich aufgrund dieses Verschweigens oder dieser falschen Angabe der Gegenstand des Risikos oder dessen Beurteilung für den Versicherer ändert, auch wenn das vom Versicherten verschwiegene oder falsch dargestellte Risiko für den Schaden ohne Belang war.

2 LESEN SIE SICH DEN FOLGENDEN FRAGEBOGEN SEHR GENAU DURCH: Wir weisen Sie ausdrücklich auf die Bedeutung dieses Fragebogens hin, der unbedingt vollständig beantwortet, datiert und unterschrieben werden muss. Der Vertrauensarzt behält sich das Recht vor, Ihre behandelnden Ärzte jederzeit, vor allem vor Durchführung einer Erstattung oder Ausstellung einer Genehmigung für einen Krankenhausaufenthalt, aufzufordern, die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Gesundheitsfragebogen bereitgestellten Informationen zu bestätigen und uns zu versichern, dass die während der Behandlung festgestellten Erkrankungen nicht widersprüchlich oder inkohärent gegenüber den Informationen sind, die beim Beitritt angegeben wurden.

3 VERTRAULICHKEIT: Unabhängig davon, welche Angaben Sie in dem Gesundheitsfragebogen machen, bitten wir Sie, uns diesen mit Ihrem Aufnahmeantrag **in einem versiegelten Umschlag mit dem Hinweis „ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT“** an den Vertrauensarzt gemeinsam mit **allen medizinischen Unterlagen, welche die Prüfung Ihres Antrages unterstützen können**, an die folgende Adresse zu schicken:

APRIL International Expat - À l'attention du Médecin Conseil - 110 Avenue de la République - CS 51108 Paris Cedex 11 - FRANKRKEICH

IHRE GRÖSSE: | | | | | Zentimeter Inches **IHR GEWICHT:** | | | | | Kilogramm Pounds

1 Werden derzeit oder wurden in den **letzten 15 Jahren** bei Ihnen die Behandlungskosten einer Langzeiterkrankung zu 100% durch eine Krankenversicherung übernommen? NEIN JA
 Grund:
 Datum: Dauer:

9
2 Wurden Sie in den **letzten 10 Jahren in einer Klinik stationär behandelt oder operiert**, inkl. durch Endoskopie (andere Eingriffe als Kaiserschnitt, benigne Appendektomie, Weisheitszähne, Entfernung der Mandeln oder von Wucherungen in der Kindheit ...)? NEIN JA
 Grund des/der stationären Aufenthalts/Aufenthalte:
 Datum : Art des/der chirurgischen Eingriffs/Eingriffe:
 Datum: Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant? NEIN JA Wenn JA, welche?

Haben Sie in den **letzten 5 Jahren**:

a) einen Arzt konsultiert wegen **Problemen mit der Wirbelsäule** (Beispiel: Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Halswirbelsäulenschmerz, Ischias ...), sonstigen Gelenkproblemen, Rheuma oder Fibromyalgie (Beispiele: Schulter, Knie, Hüfte ...)? NEIN JA
 Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung:
 Datum : Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant? NEIN JA Wenn JA, welche?

3
b) einen Arzt konsultiert wegen **psychischen Störungen** (Beispiele: Angst, Depression, Stress, Überlastung, Burnout, Psychose ...)? NEIN JA
 Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung:
 Datum : Finden derzeit Behandlungen statt oder sind geplamt? NEIN JA Wenn JA, welche?

c) einen Arzt konsultiert wegen einer **Herz-Kreislauf-Erkrankung** (Beispiele: Bluthochdruck, Venenentzündung, Infarkt, Schlaganfall ...) oder wegen einer anderen Erkrankung des Herzens oder des Kreislaufes? NEIN JA
 Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung:
 Datum : Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant? NEIN JA Wenn JA, welche?

d) einen Arzt konsultiert wegen **Atembeschwerden** (Beispiele: Asthma, rezidivierende oder chronische Bronchitis ...), die nicht zu den jahreszeitlich bedingten akuten Erkrankungen gehören? NEIN JA
 Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung:
 Datum : Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant? NEIN JA Wenn JA, welche?

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN /2 [FORT.]

Name: Vorname(n): Geburtsdatum: | t | t | m | m | j | j | j | j |

4	Haben Sie einen Test für HIV-Seropositivität (AIDS), Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) durchführen lassen, dessen Ergebnis „positiv“ war? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA Welchen oder welche? Datum:
5	Wurden Sie in den letzten 5 Jahren länger als 30 Tage auf ärztliche Verordnung medizinisch behandelt? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA Grund/Gründe: Art der Behandlung: Datum: Dauer:
6	Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 30 Tage (ganz oder teilweise) aus gesundheitlichen Gründen auf ärztliche Verordnung der Arbeit freigestellt (gesetzlicher Urlaub und Mutterschaft ausgenommen)? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA Wenn JA: <input type="radio"/> Krankheit <input type="radio"/> Unfall Art: Datum: Dauer: Eventuelle Folgeschäden:
7	Sind Sie derzeit krank und/oder haben Beschwerden bzw. werden Sie medizinisch behandelt ? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA Art der Krankheit oder der Beschwerden: Datum/Jahr des Auftretens: Art der medizinischen Behandlung: Seit wann?
8	Erhalten Sie derzeit eine regelmäßige oder 30 Tage andauernde und ärztlich verordnete medizinische Behandlung ? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA Grund/Gründe: Art der medizinischen Behandlung: Seit wann?
9	Haben Sie: a) eine Pension, Rente oder Zuwendung aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA b) eine Missbildung oder eine Behinderung? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA Seit wann? Grund:
10	Sind in den nächsten 12 Monaten geplant (Mutterschaft und Vorsorgeuntersuchungen ausgenommen): a) medizinische Untersuchungen (Labor, medizinische Bildgebung, Endoskopie ...)? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA Art der Untersuchungen: Datum: Grund: b) Facharztkonsultationen? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA Grund: Datum: c) Operationen? <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> JA Art der Operation: Datum: Grund:

Hinweise bei positiver Antwort (JA) auf eine der Fragen:

Um die Bearbeitung Ihres Antrags zu erleichtern, geben Sie uns bitte hier so viele Details wie möglich über die in dem Gesundheitsfragebogen genannten Krankheiten und Beschwerden. Fügen Sie ebenfalls die Kopien von allen Arztberichten bzw. ergänzenden Unterlagen bei, die unseren Ärzten helfen könnten, Ihren Antrag schnellstmöglich zu bearbeiten.

ERGÄNZENDE ERLÄUTERUNGEN

.....

.....

.....

Ich, der Unterzeichner / die Unterzeichnerin, bestätige die Richtigkeit und Genauigkeit dieser Erklärungen. Ich genehmige ausdrücklich das Sammeln und Auswerten der Daten über meine Gesundheit, die für die Verwaltung meiner Mitgliedschaft und meiner Versicherungen notwendig sind, wobei diese Daten unter Einhaltung der Regeln durchgeführt werden, die für die ärztliche Schweigepflicht gelten. Sie sind ausschließlich für den Vertrauensarzt bestimmt, den Medizinischen Dienst bzw. die internen oder externen Personen mit spezieller Berechtigung. Diese Daten können auch von berechtigten Personen im Rahmen der Betrugsbekämpfung verwendet werden. Ich verfüge über ein Recht auf Zugriff, Berichtigung und Löschung, welches ich mit Postbrief, der Fotokopie eines Personaldokuments beiliegend, beim Vertrauensarzt an der oben genannten Adresse ausüben kann.

Ausgefertigt in am | t | t | / | m | m | / | j | j | j | j |

Unterschrift des Versicherten nach dem Vermerk „Gelesen und genehmigt“:
 Unterschrift des gesetzlichen Vertreters für minderjährige Versicherte:

WENN SIE ES SICH ANDERS ÜBERLEGEN SOLLTEN

Wenn Sie Ihren Aufnahmeantrag widerrufen möchten, können Sie das folgende abtrennbare Formular verwenden und an APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANKREICH schicken.

WIDERRUF

Artikel L.112-9 des französischen Versicherungsgesetzes

Jede natürliche Person, die in ihrer Wohnung, an ihrem Wohnsitz, an ihrem Arbeitsplatz bei Fernabsatz per Telefon oder per Internet, selbst auf ihre Bitte, Gegenstand eines Haustürgeschäfts ist und in diesem Rahmen ein Versicherungsangebot oder einen Vertrag unterzeichnet, dessen Gegenstand nicht in den Rahmen ihrer Geschäfts- oder Berufstätigkeit fällt, kann von diesem per Einschreiben mit Rückschein innerhalb einer Frist von vierzehn vollen Kalendertagen ab dem Tag des Vertragsschlusses ohne Begründung und straffrei zurücktreten.

Bedingungen: Wenn Sie Ihren Antrag widerrufen wollen, füllen Sie dieses abtrennbare Formular aus und unterschreiben Sie dieses. Schicken Sie es per normalen Postbrief an die obige Adresse. Versenden Sie es spätestens innerhalb einer Frist von 14 Tagen ab dem Tag nach dem Datum der Unterzeichnung Ihres Aufnahmeantrages bzw., wenn diese Frist normalerweise an einem Samstag, einem Sonntag oder Feiertag oder einem arbeitsfreien Tag endet, am ersten folgenden Werktag.

Ich, der/die Unterzeichner/in, widerrufe den nachfolgend genannten Aufnahmeantrag:

Name des Vertrags: **MyHealth International Ref. MSI Cov**

Datum der Unterzeichnung des Aufnahmeantrages: / /

Name des Versicherungsnehmers:

Vorname des Versicherungsnehmers:

Anschrift des Versicherungsnehmers:

Postleitzahl: Stadt:

Land:

Telefonnummer: / / / / /

Name des Versicherungsberaters:

Anschrift des Versicherungsberaters:

Postleitzahl: Stadt:

Land:

Telefonnummer: / / / / /

Datum und Unterschrift des Mitglieds: / /

Nur von APRIL International Expat auszufüllen: Kundennummer



april international | expat

Firmensitz:
110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE
Tel: +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax: +33 (0)1 73 02 93 90
E-Mail: info.expat@april-international.com - www.april-international.com

S.A.S. (frz. Vereinfachte Aktiengesellschaft) mit einem Kapital von 200.000 € - Handelsregister Paris 309 707 727
Versicherungsvermittler - Eingetragen im ORIAS - Verzeichnis unter der Nr. 07 008 000 - (www.orias.fr)
Aufsichtsbehörde Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61, Rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANKREICH.
NAF6622Z - USt. - Identifikationsnummer: FR60309707727



Insurance made easy.