

AUFNAHMEANTRAG  
2018

---

# AMBASSADE



Insurance made easy.



**HAUPTVERSICHERTER** Gewünschte Postanschrift

Adresse:

Postleitzahl:  Stadt:

Staat/Region/Land:

Land:

Festnetz: +  /

Mobil: +  /

Ihre Korrespondenz (Versicherungsbescheinigung, Allgemeine Versicherungsbedingungen, Leistungsabrechnungen...) geht Ihnen per E-Mail zu. Wenn Sie diese ebenfalls im Papierformat erhalten wollen, kreuzen Sie bitte das folgende Kästchen an:

Ihre Versichertenkarte erhalten Sie mit der Post.

In welcher Sprache möchten Sie Ihre Dokumente erhalten?: Deutsch  Französisch  Englisch  Spanisch

**MITGLIED =  
BEITRAGSZAHLER**

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

Privatkunde  Unternehmen  Firmenname:

Anrede: Frau  Herr

Name:

Vorname(n):

Adresse:

Postleitzahl:  Stadt:

Staat/Region/Land:

Land:

Festnetz: +  /

Mobil: +  /

E-Mail:

In welcher Sprache möchten Sie Ihre Dokumente erhalten?: Deutsch  Französisch  Englisch  Spanisch

**AUSWAHL UND HÖHE DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN****4.1 / Krankenversicherung**

Beitritt:  Einzelperson  Paar  Versicherter +  Kind(er)

Familie (die Höhe des Beitrags richtet sich nach dem Alter des ältesten Versicherten)

Deckungsbereich:  Zone 1  Zone 2  Zone 3  Zone 4

Tarif:  Essentielle  Medium  Extenso

Gewünschte Versicherungsstufe:  Nur Krankenhausaufenthalt  Krankenhausaufenthalt + Ambulante Behandlung/Mutterschaft

Krankenhausaufenthalt + Ambulante Behandlung/Mutterschaft + Sehhilfen/Zahnarzt

Gewünschte Höhe der Kostenübernahme\*:  80 % der tatsächlichen Kosten  90 % der tatsächlichen Kosten

100 % der tatsächlichen Kosten

\* der Versicherungsschutz Nur Krankenhausaufenthalt wird nur zu 100 % der tatsächlichen Kosten angeboten

► Jahresbeitrag inkl. aller Steuern und Abgaben:  € **A**

**Gewünschte Art der Erstattung für Heilbehandlungskosten:**

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

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

## AUSWAHL UND HÖHE DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN (FORTSETZUNG)

### 4.2 / Assistance-Leistungen

Beitritt:  Einzelperson  Paar  Hauptversicherter +  Kind(er)  Familie (ab 3 Personen)

Deckungsbereich:  Europa und Mittelmeer-Anrainerstaaten  Weltweit

► Jahresbeitrag inkl. aller Steuern und Abgaben:    € **B**

**4.3 / Privathaftpflicht- und Rechtsschutzversicherung** (diese Versicherung kann nur in Ergänzung einer anderen Versicherung des Vertrags ausgewählt werden)

#### • EIN BEITRAG PRO VERTRAG

Deckungsbereich:  Weltweit ohne USA/Kanada  Weltweit

► Jahresbeitrag inkl. aller Steuern und Abgaben:    € **C**

### 4.4 / Sterbe- und Pflegekapitalversicherung (vollständige und unwiderrufliche Pflegebedürftigkeit)

#### • NUR INDIVIDUELLER BEITRITT

Der (Ehe)Partner kann diese Versicherung nur abschließen, wenn er auch Expat ist.

Je nach versicherter Todesfallsumme sind medizinische Nachweise zu erbringen. Siehe Seite 19 des Falblatts.

#### Hauptversicherter

Höhe der gewünschten Versicherungssumme (20.000 € bis 400.000 €):       €

(Verdoppelung der Versicherungssumme bei Unfalltod)

► Jahresbeitrag inkl. aller Steuern und Abgaben:       € **D**

#### (Ehe)partner

Höhe der gewünschten Versicherungssumme (20.000 € bis 400.000 €):       €

(Verdoppelung der Versicherungssumme bei Unfalltod)

► Jahresbeitrag inkl. aller Steuern und Abgaben:       € **E**

Begünstigte (ausschließlich natürliche Person)

**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 noch nicht geborenen Kinder zu gleichen Teilen, anderenfalls an die Verwandten in aufsteigender Linie zu gleichen Teilen, anderenfalls an die Erben ausgezahlt.

### 4.5 / Krankentagegeld bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit

(Diese Versicherungsleistung ist mit der Sterbe- und Pflegekapitalversicherung auszuwählen. Die Tagegelder hängen von der Höhe der gewählten Sterbekapitalversicherung ab → Beispiel: Für ein Tagegeld von 20 € muss das versicherte Sterbegeld mindestens 20.000 € betragen.)

#### • NUR INDIVIDUELLER BEITRITT

Der (Ehe)Partner kann diese Versicherung nur abschließen, wenn er auch Expat ist.

Je nach gewählter Höhe der Tagegelder sind medizinische Nachweise zu erbringen. Siehe Seite 20 des Falblatts.

#### Hauptversicherter

Jährliches Nettoeinkommen<sup>1,2</sup>:       €

• Gewünschtes Tagegeld (von 20 € bis 200 €):    €

• Gewünschte Wartezeit:  30 Tage  60 Tage

Befindet sich der Hauptversicherte in Firmengründung?  JA  NEIN

► Jahresbeitrag inkl. aller Steuern und Abgaben:       € **F**

Legen Sie bitte eine Kopie Ihres letzten Einkommensteuerbescheids und Ihrer letzten Gehaltsabrechnung bei.

4

(Ehe)partner

Jährliches Nettoeinkommen<sup>1,2</sup>:       €• Gewünschtes Tagegeld (von 20 € bis 200 €):    €• Gewünschte Wartezeit:  30 Tage  60 TageBefindet sich der (Ehe)Partner in Firmengründung?  JA  NEIN► Jahresbeitrag inkl. aller Steuern und Abgaben:     ,   € **G**

Legen Sie bitte eine Kopie des letzten Einkommensteuerbescheids und der letzten Gehaltsabrechnung Ihres (Ehe)partners bei.

<sup>1</sup> obligatorische Felder <sup>2</sup> Bei Unternehmensgründung oder Wiederaufnahme der Berufstätigkeit darf die monatliche Gesamtsumme der Tagegelder nicht höher als 70 % Ihres ehemaligen monatlichen Nettoverdiensts sein.

5

Gewünschter Versicherungsbeginn:   /   / 2018 (nur am 1. oder am 16. des Monats)

(vorbehaltlich der Genehmigung des Antrags und frühestens am 16. des Monats oder am 1. Tag des Monats nach Eingang des Aufnahmeantrags)

## Berechnung und Zahlung des Beitrags

AUSWAHL DES INTERVALLS DER BEITRAGSZAHLUNG:	Von den vorgeschlagenen Optionen wählen Sie Ihre Zahlungsweise aus:			
	SEPA-Lastschrift von einem in Euro geführten Bankkonto (Zugelassene Länder: Deutschland, Frankreich und Monaco)	Kreditkarte	Banküberweisung	Scheck
Jährlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halbjährlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 23 € pro Halbjahr, entspricht 46 € pro Jahr	<input type="radio"/> 23 € pro Halbjahr, entspricht 46 € pro Jahr	<input type="radio"/> 23 € pro Halbjahr, entspricht 46 € pro Jahr
Quartalsweise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 23 € pro Quartal, entspricht 92 € pro Jahr	<input type="radio"/> 23 € pro Quartal, entspricht 92 € pro Jahr	<input type="radio"/> 23 € pro Quartal, entspricht 92 € pro Jahr
Monatlich	<input type="radio"/>			

## Berechnung des Jahresbeitrags

Jährliche Beitragszahlungen insgesamt inkl. aller Steuern und Abgaben:

**A + B + C + D + E + F + G :**    ,   € **H**

Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft in der Association des Assurés von APRIL International zzgl. zu den gewählten Versicherungen:

+   **2** ,   **0 0** € **I**

Jährliche Verwaltungsgebühr zzgl. zu den gewählten Versicherungen:

+   **2 8** ,   **0 0** € **J**

Gebühr für gestaffelte Zahlung des Jahresbeitrags (außer SEPA-Lastschrift oder jährliche Zahlung)

+   ,   € **K**Beitrag insgesamt für 12 Monate\*: **H + I + J + K :**    ,   € **L**

\*Die Beiträge können gemäß der Kostenstruktur der versicherten Gruppe per 1. Januar angepasst werden.

Ihr erster Beitrag insgesamt:

    ,   €

Wenn Sie möchten, dass die Versicherung zum 16. des Monats in Kraft tritt, müssen Sie den ersten Monatsbeitrag durch zwei teilen. Ihr erster Beitrag entspricht anteilmäßig dem Jahresbeitrag, bezogen auf den Deckungszeitraum vom Inkrafttreten Ihres Vertrags bis zum 31.12.2018. Darüber hinaus ist bei der Berechnung dieses Beitrags das ausgewählte Zahlungsintervall zu berücksichtigen.

**Ihre erste Beitragszahlung:** der erste Beitrag muss immer per Kreditkarte oder per Scheck/Überweisung bezahlt werden, auch wenn als Zahlungsweise das SEPA-Lastschriftverfahren gewählt wird.

- per Kreditkarte (es werden nur Eurocard-Mastercard und Visa akzeptiert).
- per Überweisung oder Scheck, **ausgestellt auf APRIL International Expat,**

Bitte tragen Sie für die Bezahlung Ihre Kreditkartendaten in den Kasten auf Seite 19 ein.

## Ihre nächsten Beitragszahlungen:

- per SEPA-Lastschrift (bitte schicken Sie uns Ihre Bankverbindung zu und füllen Sie die beigefügte SEPA-Einzugsermächtigung aus.)
- per Banküberweisung, Kreditkarte oder Scheck. Sie sind bei diesen drei Zahlungsweisen für die Durchführung der Zahlung zu jeder Fälligkeit selbst verantwortlich.

Ihre Beitragsaufforderungen stehen in elektronischem Format zur Verfügung. Sie werden Ihnen per E-Mail zugestellt und sind online in Ihrem Kundenkonto einsehbar. Wenn Sie diese ebenfalls im Papierformat erhalten wollen, kreuzen Sie bitte das folgende Kästchen an:

## UNTERZEICHNUNG DES AUFNAHMEANTRAGS

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 Axéria Prévoyance, für die Krankenversicherung, die Sterbe- und Pflegekapitalversicherung und die Krankentagegeldversicherung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit (Vereinbarungen Nr. A3MAMBFDS2010 und A3MAMBPREV2010), und CHUBB, für die Assistance-Versicherung (Vereinbarung Nr. FRBBBAO1853), abgeschlossen wurden.

Ich erkläre, die Satzung der Association des Assurés d'APRIL International zur Kenntnis genommen zu haben (herunterladbar von der Webseite <http://de.april-international.com/global/april-international-expat/die-association-des-assures-d-april-international>).

Sofern ich die Privathaftpflicht- und Rechtsschutzversicherung auswähle, beantrage ich durch CHUBB (Vertrag Nr. FRBOPA10172) und durch Solucia PJ (Vertrag Nr. 10006603) den Abschluss der entsprechenden Versicherung.

**Ich erkläre, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit der Bezeichnung AMB 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 gelten.** Bei Änderung meines Vertrags durch Nachtrag nehme ich zur Kenntnis, dass die o. g. Allgemeinen Versicherungsbedingungen die geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind.

Das Unternehmen APRIL International Expat kann mich zu meinem Versicherungsantrag telefonisch kontaktieren, außer ich habe dagegen per E-Mail an [membership.expat@april-international.com](mailto:membership.expat@april-international.com) oder schriftlich postalisch an die u. g. Adresse Widerspruch eingelegt.

Lt. Art. L121-34 [frz.] Verbraucherschutzgesetz kann ich Telefonwerbung widersprechen. Dieses Widerspruchsrecht kann ich bei dem Unternehmen Opposetel ausüben an folgender Adresse: <http://www.bloctel.gouv.fr>

Ich bestätige, darüber informiert zu sein, dass die verlangten Informationen für die Auswertung und Bearbeitung meiner Beitrittsunterlagen notwendig sind und dass die administrativen Informationen von APRIL International Expat und den Versicherungsorganen oder ihren Beauftragten zwecks meines Beitritts zum Vertrag elektronisch verarbeitet werden.

Lt. französischem Gesetz vom 6. Januar 1978, geänd., verfüge ich über ein Recht auf Zugriff und ggf. Berichtigung aller Informationen, die mich betreffen und Inhalt dieser Dateien sind. Dazu wende ich mich schriftlich an APRIL International Expat, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANKREICH.

Ich verfüge ebenfalls über das Recht, 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 die digitalen Güter bzw. Daten als Familienerinnerungen, die vererbt werden können, ausgehändigt 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.

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.

Lt. Gesetz vom 6. Januar 1978, geänd., kann ich dieser Übermittlung durch einfachen Brief an APRIL International Expat (Adresse s. oben) widersprechen, wobei mir die Portokosten erstattet werden.

7

Darüber hinaus führt APRIL International Expat zwecks Bekämpfung von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung sowie deren Sanktionierung die lt. Gesetz vorgeschriebenen Kontrollen durch. Lt. Art. L561-45 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 an APRIL International Expat, 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANKREICH 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. Ferner erkenne ich an, dass einige Leistungen der Anwendung von Wartezeiten unterliegen.

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.

Ich erkenne an, dass die Versicherer keine Kosten übernehmen, die unter Berücksichtigung des Orts, an dem sie angefallen sind, als unvernünftig und ungewöhnlich gelten.

Ich bevollmächtige APRIL International Expat und meine behandelnden Ärzte, alle Informationen, insbesondere medizinischer Art, auszutauschen, die der Bearbeitung meiner Leistungsanträge dienen.

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, was die Versicherer irreführen könnte. 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 von den Partnern von APRIL per E-Mail erhalten.

Ausgefertigt in (Ort)

am

t	t	/	m	m	/	j	j	j	j
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift(en) des Hauptversicherten und seines Ehepartners nach dem Vermerk „Gelesen und genehmigt“:

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

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

# GESUNDHEITSPRÜFUNG FÜR DIE KRANKEN-, STERBEKAPITAL- UND TAGEGELDVERSICHERUNG

1

## Die Gesundheitsprüfung ist 6 Monate gültig.

Wenn Sie beispielsweise wünschen, dass Ihr Vertrag am 01.07.2018 beginnt, können Sie diesen Fragebogen vom 01.01.2018 bis 30.06.2018 unterschreiben.

Jeder Versicherte muss eine Gesundheitsprüfung ausfüllen. Die Fragen **1a)**, **1b)** und **14** sind für minderjährige Kinder nicht zu beantworten.

Wenn der Vertrag mehr als 2 zu versichernde Personen umfasst, fotokopieren Sie bitte den Fragebogen.

Bei Vertragsabschlüssen ab 60 Jahre sind eine ärztliche Untersuchung (zu Ihren Kosten) und ein ausgefüllter Arztbericht (Formular wird von APRIL International zur Verfügung gestellt) obligatorisch.

Sie müssen alle Fragen genau beantworten, da Ihre Erklärungen für Sie bindend sind. Diese Gesundheitsprüfung ist notwendig, damit die Versicherung das Risiko einschätzen kann, das sie übernehmen wird. Nicht beantwortete Fragen führen zu zusätzlichen Nachfragen. Die von Ihnen übermittelten medizinischen Informationen unterliegen der beruflichen Schweigepflicht. Indem Sie uns ein Maximum an Informationen liefern, helfen Sie uns, Ihnen rasch zu antworten.

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 im Rahmen der Gesundheitsprüfung 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 gegeben wurden.

Wenn Sie möchten, dass Ihre Antworten vertraulich behandelt werden, trennen Sie den unausgefüllten Gesundheitsfragebogen ab, füllen Sie diesen aus und schicken Sie ihn mit allen notwendigen Nachweisen in einem versiegelten Umschlag mit dem Hinweis „Vertraulich“ an den Vertrauensarzt an folgende Adresse: APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANKREICH.

Einige der übermittelten medizinischen Informationen können für den Vertrauensarzt von APRIL International Expat elektronisch verarbeitet werden. Lt. Gesetz vom 6. Januar 1978, geänd., verfügen Sie über ein Recht auf Zugriff und ggf. Berichtigung aller Informationen, die Sie betreffen und Inhalt dieser Datei sind. Wenden Sie sich dazu schriftlich an den Vertrauensarzt von APRIL International Expat unter der o. g. Adresse.

NAME: ..... VORNAME(N): .....

GEBURTSDATUM: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] GRÖßE: [ ][ ][ ] cm GEWICHT: [ ][ ][ ] kg

8

1	a) Sind Sie <b>derzeit</b> aus gesundheitlichen Gründen <b>ganz oder teilweise arbeitsunfähig</b> ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Grund: ..... Beginn: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
	b) Waren Sie <b>in den letzten 10 Jahren</b> aus gesundheitlichen Gründen länger als zwei Wochen <b>ganz oder teilweise arbeitsunfähig</b> ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Grund : ..... Beginn: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ende: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
	c) Haben Sie eine <b>anerkannte Behinderung</b> bzw. <b>sind Sie teilweise in Ihrer Erwerbsfähigkeit gemindert oder erwerbsunfähig</b> ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Welche: ..... Beginn: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Grund: ..... Prozentsatz der Erwerbsunfähigkeit oder Invalidität: [ ][ ] %
2	Haben Sie eine <b>angeborene Krankheit und/oder Erbkrankheit</b> ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit: ..... Behandlung und/oder Beobachtung: ..... Datum der Diagnose: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
3	Hatten Sie einen <b>Unfall mit Folgeschäden</b> ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum des Unfalls: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Von den Folgeschäden betroffener Körperteil: ..... Art der Folgeschäden: .....
4	a) Werden Sie <b>derzeit</b> von <b>einem Arzt oder einem Angehörigen eines sonstigen medizinischen Heilberufs</b> behandelt (Arzneimittel, Bewegungstherapie, Osteopathie, Akupunktur, Infiltration, Psychotherapie, Orthese, Laserbehandlung)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): ..... Behandlung(en): ..... Beginn der Behandlung: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Dauer der Behandlung: .....
	b) Wurden Sie <b>in den letzten 5 Jahren</b> länger als zwei Wochen <b>von einem Arzt oder einem Angehörigen eines sonstigen medizinischen Heilberufs</b> behandelt (Arzneimittel, Bewegungstherapie, Osteopathie, Akupunktur, Infiltration, Psychotherapie, Orthese, Laserbehandlung)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): ..... Behandlung(en): ..... Beginn der Behandlung: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Dauer der Behandlung: .....



# GESUNDHEITSPRÜFUNG FÜR DIE KRANKEN-, STERBEKAPITAL- UND TAGEGELDVERSICHERUNG (FORTS.)

1

5	<p>Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einer <b>medizinischen Einrichtung</b> (Klinik, Krankenhaus, Gesundheitszentrum, psychiatrische Einheit) <b>stationär</b> behandelt (inkl. unter 24 Std.) wegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operation, chirurgischen Eingriffen (Endoskopie, Biopsie, Arthroskopie, Gefäßplastik),</li> <li>- Check-ups und Spezialuntersuchungen,</li> <li>- Behandlungen,</li> <li>- Konvaleszenz,</li> <li>- Entgiftungskur,</li> <li>- Rehabilitation,</li> </ul> <p>ausgenommen Operation der Weisheitszähne, der Mandeln, von Wucherungen und Blinddarmentzündung?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<p>Datum: <input type="text"/></p> <p>Grund des Aufenthalts: .....</p> <p>Dauer des Aufenthalts: .....</p> <p>Ergebnisse: .....</p> <p>Verordnete Behandlung: .....</p>
6	<p>Haben Sie in den letzten 5 Jahren <b>Laboranalysen</b> (Blut, Urin, Stuhl), <b>kardiologische</b> (Ultraschall, EKG, Doppler, Holter) und/oder <b>medizinisch bildgebende Untersuchungen</b> (Ultraschall, CT, PET-CT, Szintigraphie, MRT, Endoskopie, Koloskopie, Gastroskopie, Radiologie, Mammographie) durchführen lassen?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<p>Datum: <input type="text"/></p> <p>Art der Untersuchung: .....</p> <p>Grund der Untersuchung: .....</p> <p>Ergebnisse: .....</p> <p>Verordnete Behandlungen: .....</p>
7	<p>Haben Sie in den letzten 12 Monaten Ihren Blutdruck von einem Arzt messen lassen?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<p>Wenn ja, wie waren die Werte? .....</p>
<p><b>Leiden Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren an einer der folgenden Krankheiten gelitten:</b></p>			
8	<p>a) <b>der Atemwege</b> (Asthma, chronische Bronchitis, Tuberkulose, Atemnot oder an einer anderen Erkrankung der Atemwege)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<p>Krankheit(en): .....</p> <p>Behandlung(en): .....</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung: .....</p> <p>Ergebnisse der Behandlung: .....</p>
	<p>b) <b>Herz-Kreislauf</b> (Bluthochdruck, Venenentzündung, Infarkt, AVC oder an einer anderen Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<p>Krankheit(en): .....</p> <p>Behandlung(en): .....</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung: .....</p> <p>Ergebnisse der Behandlung: .....</p>
	<p>c) <b>der Augen/HNO</b> (Glaukom, Grauer Star, Blindheit (auch einseitig), Taubheit oder an einer anderen HNO- oder Augenkrankheit)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<p>Krankheit(en): .....</p> <p>Behandlung(en): .....</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung: .....</p> <p>Ergebnisse der Behandlung: .....</p>
	<p>d) <b>der Gelenke</b> (Halswirbelsäulenschmerz, Bandscheibenprolaps, Ischias, Hexenschuss, Polyarthritits oder einer anderen Erkrankung der Knochen oder Gelenke oder an einer Autoimmunkrankheit)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<p>Krankheit(en): .....</p> <p>Behandlung(en): .....</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung: .....</p> <p>Ergebnisse der Behandlung: .....</p>
	<p>e) <b>der Haut</b> (Ekzem, Psoriasis, Lupus oder an einer anderen Hautkrankheit)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<p>Krankheit(en): .....</p> <p>Behandlung(en): .....</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung: .....</p> <p>Ergebnisse der Behandlung: .....</p>
	<p>f) <b>des Verdauungsapparats</b> (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Ösophagus-Varizen, Erkrankung der Leber, der Bauchspeicheldrüse oder einer anderen Erkrankung des Verdauungsapparats)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<p>Krankheit(en): .....</p> <p>Behandlung(en): .....</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung: .....</p> <p>Ergebnisse der Behandlung: .....</p>



# GESUNDHEITSPRÜFUNG FÜR DIE KRANKEN-, STERBEKAPITAL- UND TAGEGELDVERSICHERUNG (FORTS.)

1

Leiden Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren an einer der folgenden Krankheiten gelitten:		
8	g) <b>der Nerven und Muskeln</b> (Epilepsie, Myopathie, MS, Parkinson, Alzheimer, Demenz oder an einer anderen Erkrankung des Nerven- bzw. Muskelsystems)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Krankheit(en): ..... Behandlung(en): ..... Beginn der Behandlung:                     Dauer der Behandlung: ..... Ergebnisse der Behandlung: .....
	h) <b>der Drüsen und des Stoffwechsels</b> (Schilddrüse, Diabetes, Cholesterin, Hypophyse oder an einer anderen Erkrankung des endokrinen oder Stoffwechselsystems)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Krankheit(en): ..... Behandlung(en): ..... Beginn der Behandlung:                     Dauer der Behandlung: ..... Ergebnisse der Behandlung: .....
	i) <b>der Blase und Nieren</b> (Erkrankungen der Nieren, der Harnleiter oder an einer anderen Krankheit des Blasen-Nieren-Systems)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Krankheit(en): ..... Behandlung(en): ..... Beginn der Behandlung:                     Dauer der Behandlung: ..... Ergebnisse der Behandlung: .....
	j) <b>der Geschlechtsorgane</b> (Endometriose, Prostataerkrankung oder an einer anderen gynäkologischen oder urogenitalen Krankheit)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Krankheit(en): ..... Behandlung(en): ..... Beginn der Behandlung:                     Dauer der Behandlung: ..... Ergebnisse der Behandlung: .....
	k) <b>der Nerven</b> (Depression, Stress, Angst, Neurose, Psychose, Fibromyalgie, Ernährungsstörung oder an einer anderen psychischen oder psychiatrischen Krankheit)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Krankheit(en): ..... Behandlung(en): ..... Beginn der Behandlung:                     Dauer der Behandlung: ..... Ergebnisse der Behandlung: .....
	l) <b>Krebs</b> (Leukämie, Morbus Hodgkin, Lymphom, gut- und/oder bösartiger Tumor oder an einer anderen Krebserkrankung)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Krankheit(en): ..... Behandlung(en): ..... Beginn der Behandlung:                     Dauer der Behandlung: ..... Ergebnisse der Behandlung: .....
	m) <b>sonstigen</b> Infektionskrankheiten, Viruserkrankungen, Erkrankungen durch Parasiten oder Blutkrankheiten, Malaria, Hepatitis oder Erkrankungen, die medizinisch überwacht werden müssen?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Krankheit(en): ..... Behandlung(en): ..... Beginn der Behandlung:                     Dauer der Behandlung: ..... Ergebnisse der Behandlung: .....
9	Haben Sie einen <b>Bluttest</b> auf vor allem Hepatitis B- und -C- bzw. HIV-Viren (AIDS) durchführen lassen, dessen Ergebnis positiv war?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Datum der Untersuchung:                     Virus: ..... <i>(Sie müssen diese Fragen nur dann mit JA beantworten, wenn das Ergebnis einer dieser Tests positiv war.)</i>
10	Werden Sie von einem Facharzt behandelt?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Medizinischer Grund: ..... Beginn des Erkrankung:                     Behandlung(en): .....
11	Wurde von Ihnen in den letzten 6 Monaten eine <b>Untersuchung</b> (Labor, medizinische Bildgebung) oder ein ergänzender <b>Check-up</b> durchgeführt?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Medizinischer Grund: ..... Art des Check-ups oder der Untersuchungen: ..... Wann? ..... Ergebnisse: .....

8



# GESUNDHEITSPRÜFUNG FÜR DIE KRANKEN-, STERBEKAPITAL- UND TAGEGELDVERSICHERUNG

# 2

## Die Gesundheitsprüfung ist 6 Monate gültig.

Wenn Sie beispielsweise wünschen, dass Ihr Vertrag am 01.07.2018 beginnt, können Sie diesen Fragebogen vom 01.01.2018 bis 30.06.2018 unterschreiben.

Jeder Versicherte muss eine Gesundheitsprüfung ausfüllen. Die Fragen **1a)**, **1b)** und **14** sind für minderjährige Kinder nicht zu beantworten.

Wenn der Vertrag mehr als 2 zu versichernde Personen umfasst, fotokopieren Sie bitte den Fragebogen.

Bei Vertragsabschlüssen ab 60 Jahre sind eine ärztliche Untersuchung (zu Ihren Kosten) und ein ausgefüllter Arztbericht (Formular wird von APRIL International zur Verfügung gestellt) obligatorisch.

Sie müssen alle Fragen genau beantworten, da Ihre Erklärungen für Sie bindend sind. Diese Gesundheitsprüfung ist notwendig, damit die Versicherung das Risiko einschätzen kann, das sie übernehmen wird. Nicht beantwortete Fragen führen zu zusätzlichen Nachfragen. Die von Ihnen übermittelten medizinischen Informationen unterliegen der beruflichen Schweigepflicht. Indem Sie uns ein Maximum an Informationen liefern, helfen Sie uns, Ihnen rasch zu antworten.

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 im Rahmen der Gesundheitsprüfung 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 gegeben wurden.

Wenn Sie möchten, dass Ihre Antworten vertraulich behandelt werden, trennen Sie den unausgefüllten Gesundheitsfragebogen ab, füllen Sie diesen aus und schicken Sie ihn mit allen notwendigen Nachweisen in einem versiegelten Umschlag mit dem Hinweis „Vertraulich“ an den Vertrauensarzt an folgende Adresse: APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANKREICH.

Einige der übermittelten medizinischen Informationen können für den Vertrauensarzt von APRIL International Expat elektronisch verarbeitet werden. Lt. Gesetz vom 6. Januar 1978, geänd., verfügen Sie über ein Recht auf Zugriff und ggf. Berichtigung aller Informationen, die Sie betreffen und Inhalt dieser Datei sind. Wenden Sie sich dazu schriftlich an den Vertrauensarzt von APRIL International Expat unter der o. g. Adresse.

NAME: ..... VORNAME(N): .....  
 GEBURTSDATUM: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] GRÖßE: [ ][ ][ ] cm GEWICHT: [ ][ ][ ] kg

8

1	a) Sind Sie <b>derzeit</b> aus gesundheitlichen Gründen <b>ganz oder teilweise arbeitsunfähig</b> ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Grund: ..... Beginn: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
	b) Waren Sie <b>in den letzten 10 Jahren</b> aus gesundheitlichen Gründen länger als zwei Wochen <b>ganz oder teilweise arbeitsunfähig</b> ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Grund : ..... Beginn: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ende: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
	c) Haben Sie eine <b>anerkannte Behinderung</b> bzw. <b>sind Sie teilweise in Ihrer Erwerbsfähigkeit gemindert oder erwerbsunfähig</b> ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Welche: ..... Beginn: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Grund: ..... Prozentsatz der Erwerbsunfähigkeit oder Invalidität: [ ][ ] %
2	Haben Sie eine <b>angeborene Krankheit und/oder Erbkrankheit</b> ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit: ..... Behandlung und/oder Beobachtung: ..... Datum der Diagnose: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
3	Hatten Sie einen <b>Unfall mit Folgeschäden</b> ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum des Unfalls: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Von den Folgeschäden betroffener Körperteil: ..... Art der Folgeschäden: .....
4	a) Werden Sie <b>derzeit</b> von <b>einem Arzt oder einem Angehörigen eines sonstigen medizinischen Heilberufs</b> behandelt (Arzneimittel, Bewegungstherapie, Osteopathie, Akupunktur, Infiltration, Psychotherapie, Orthese, Laserbehandlung)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): ..... Behandlung(en): ..... Beginn der Behandlung: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Dauer der Behandlung: .....
	b) Wurden Sie <b>in den letzten 5 Jahren</b> länger als zwei Wochen <b>von einem Arzt oder einem Angehörigen eines sonstigen medizinischen Heilberufs</b> behandelt (Arzneimittel, Bewegungstherapie, Osteopathie, Akupunktur, Infiltration, Psychotherapie, Orthese, Laserbehandlung)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): ..... Behandlung(en): ..... Beginn der Behandlung: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Dauer der Behandlung: .....

# GESUNDHEITSPRÜFUNG FÜR DIE KRANKEN-, STERBEKAPITAL- UND TAGEGELDVERSICHERUNG (FORTS.)

# 2

5	<p>Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einer <b>medizinischen Einrichtung</b> (Klinik, Krankenhaus, Gesundheitszentrum, psychiatrische Einheit) <b>stationär</b> behandelt (inkl. unter 24 Std.) wegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operation, chirurgischen Eingriffen (Endoskopie, Biopsie, Arthroskopie, Gefäßplastik),</li> <li>- Check-ups und Spezialuntersuchungen,</li> <li>- Behandlungen,</li> <li>- Konvaleszenz,</li> <li>- Entgiftungskur,</li> <li>- Rehabilitation,</li> </ul> <p>ausgenommen Operation der Weisheitszähne, der Mandeln, von Wucherungen und Blinddarmentzündung?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<p>Datum: <input type="text"/></p> <p>Grund des Aufenthalts: .....</p> <p>Dauer des Aufenthalts: .....</p> <p>Ergebnisse: .....</p> <p>Verordnete Behandlung: .....</p>
6	<p>Haben Sie in den letzten 5 Jahren <b>Laboranalysen</b> (Blut, Urin, Stuhl), <b>kardiologische</b> (Ultraschall, EKG, Doppler, Holter) und/oder <b>medizinisch bildgebende Untersuchungen</b> (Ultraschall, CT, PET-CT, Szintigraphie, MRT, Endoskopie, Koloskopie, Gastroskopie, Radiologie, Mammographie) durchführen lassen?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<p>Datum: <input type="text"/></p> <p>Art der Untersuchung: .....</p> <p>Grund der Untersuchung: .....</p> <p>Ergebnisse: .....</p> <p>Verordnete Behandlungen: .....</p>
7	<p>Haben Sie in den letzten 12 Monaten Ihren Blutdruck von einem Arzt messen lassen?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<p>Wenn ja, wie waren die Werte? .....</p>
<p><b>Leiden Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren an einer der folgenden Krankheiten gelitten:</b></p>			
8	<p>a) <b>der Atemwege</b> (Asthma, chronische Bronchitis, Tuberkulose, Atemnot oder an einer anderen Erkrankung der Atemwege)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<p>Krankheit(en): .....</p> <p>Behandlung(en): .....</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung: .....</p> <p>Ergebnisse der Behandlung: .....</p>
	<p>b) <b>Herz-Kreislauf</b> (Bluthochdruck, Venenentzündung, Infarkt, AVC oder an einer anderen Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<p>Krankheit(en): .....</p> <p>Behandlung(en): .....</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung: .....</p> <p>Ergebnisse der Behandlung: .....</p>
	<p>c) <b>der Augen/HNO</b> (Glaukom, Grauer Star, Blindheit (auch einseitig), Taubheit oder an einer anderen HNO- oder Augenkrankheit)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<p>Krankheit(en): .....</p> <p>Behandlung(en): .....</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung: .....</p> <p>Ergebnisse der Behandlung: .....</p>
	<p>d) <b>der Gelenke</b> (Halswirbelsäulenschmerz, Bandscheibenprolaps, Ischias, Hexenschuss, Polyarthrit oder einer anderen Erkrankung der Knochen oder Gelenke oder an einer Autoimmunkrankheit)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<p>Krankheit(en): .....</p> <p>Behandlung(en): .....</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung: .....</p> <p>Ergebnisse der Behandlung: .....</p>
	<p>e) <b>der Haut</b> (Ekzem, Psoriasis, Lupus oder an einer anderen Hautkrankheit)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<p>Krankheit(en): .....</p> <p>Behandlung(en): .....</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung: .....</p> <p>Ergebnisse der Behandlung: .....</p>
	<p>f) <b>des Verdauungsapparats</b> (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Ösophagus-Varizen, Erkrankung der Leber, der Bauchspeicheldrüse oder einer anderen Erkrankung des Verdauungsapparats)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<p>Krankheit(en): .....</p> <p>Behandlung(en): .....</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung: .....</p> <p>Ergebnisse der Behandlung: .....</p>

Leiden Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren an einer der folgenden Krankheiten gelitten:		
8	g) <b>der Nerven und Muskeln</b> (Epilepsie, Myopathie, MS, Parkinson, Alzheimer, Demenz oder an einer anderen Erkrankung des Nerven- bzw. Muskelsystems)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Krankheit(en): ..... Behandlung(en): ..... Beginn der Behandlung:                     Dauer der Behandlung: ..... Ergebnisse der Behandlung: .....
	h) <b>der Drüsen und des Stoffwechsels</b> (Schilddrüse, Diabetes, Cholesterin, Hypophyse oder an einer anderen Erkrankung des endokrinen oder Stoffwechselsystems)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Krankheit(en): ..... Behandlung(en): ..... Beginn der Behandlung:                     Dauer der Behandlung: ..... Ergebnisse der Behandlung: .....
	i) <b>der Blase und Nieren</b> (Erkrankungen der Nieren, der Harnleiter oder an einer anderen Krankheit des Blasen-Nieren-Systems)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Krankheit(en): ..... Behandlung(en): ..... Beginn der Behandlung:                     Dauer der Behandlung: ..... Ergebnisse der Behandlung: .....
	j) <b>der Geschlechtsorgane</b> (Endometriose, Prostataerkrankung oder an einer anderen gynäkologischen oder urogenitalen Krankheit)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Krankheit(en): ..... Behandlung(en): ..... Beginn der Behandlung:                     Dauer der Behandlung: ..... Ergebnisse der Behandlung: .....
	k) <b>der Nerven</b> (Depression, Stress, Angst, Neurose, Psychose, Fibromyalgie, Ernährungsstörung oder an einer anderen psychischen oder psychiatrischen Krankheit)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Krankheit(en): ..... Behandlung(en): ..... Beginn der Behandlung:                     Dauer der Behandlung: ..... Ergebnisse der Behandlung: .....
	l) <b>Krebs</b> (Leukämie, Morbus Hodgkin, Lymphom, gut- und/oder bösartiger Tumor oder an einer anderen Krebserkrankung)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Krankheit(en): ..... Behandlung(en): ..... Beginn der Behandlung:                     Dauer der Behandlung: ..... Ergebnisse der Behandlung: .....
	m) <b>sonstigen</b> Infektionskrankheiten, Viruserkrankungen, Erkrankungen durch Parasiten oder Blutkrankheiten, Malaria, Hepatitis oder Erkrankungen, die medizinisch überwacht werden müssen?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Krankheit(en): ..... Behandlung(en): ..... Beginn der Behandlung:                     Dauer der Behandlung: ..... Ergebnisse der Behandlung: .....
9	Haben Sie einen <b>Bluttest</b> auf vor allem Hepatitis B- und -C- bzw. HIV-Viren (AIDS) durchführen lassen, dessen Ergebnis positiv war?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Datum der Untersuchung:                     Virus: ..... <i>(Sie müssen diese Fragen nur dann mit JA beantworten, wenn das Ergebnis einer dieser Tests positiv war.)</i>
10	Werden Sie von einem Facharzt behandelt?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Medizinischer Grund: ..... Beginn des Erkrankung:                     Behandlung(en): .....
11	Wurde von Ihnen in den letzten 6 Monaten eine <b>Untersuchung</b> (Labor, medizinische Bildgebung) oder ein ergänzender <b>Check-up</b> durchgeführt?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Medizinischer Grund: ..... Art des Check-ups oder der Untersuchungen: ..... Wann? ..... Ergebnisse: .....

8



## DIE VERSCHIEDENEN SCHRITTE BIS ZU IHREM BEITRITT



Sie füllen Ihren Aufnahmeantrag aus und schicken diesen an APRIL International Expat.  
Die Anleitung dazu finden Sie auf der letzten Seite, oder Sie kontaktieren uns.

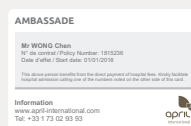
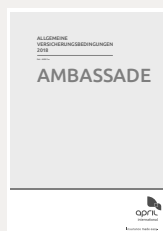


Wir bearbeiten Ihren Antrag nach Eingang.



Sie erhalten danach:

- Ihre Aufnahmebestätigung, die als Versicherungsbescheinigung gilt,
- Ihre Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem Vertrag zu Grunde liegen,
- Ihre Versichertenkarte mit den Notfallnummern, die Sie vor allem bei Unterstützungsbedarf oder vor einer Krankenhauseinweisung anrufen,
- Ihren Versicherungsleitfaden, der die Leistungen Ihres Vertrags zusammenfasst und aus dem alle nützlichen Kontakte hervorgehen.







Wenn Sie Ihren Antrag stornieren 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 in einem Umschlag per Einschreiben mit Rückschein an die obige Adresse. Versenden Sie es spätestens innerhalb einer Frist von 14 Tagen ab dem Tag nach dem Datum, an dem Sie auf dem Aufnahmeantrag Unterschrift geleistet haben 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, erkläre, den nachfolgend genannten Aufnahmeantrag zu widerrufen:

Name des Vertrags: **Ambassade Ref. AMB Cov**

Datum der Unterzeichnung des Aufnahmeantrags:   /   /

Name des Mitglieds:

Vorname des Mitglieds:

Anschrift des Mitglieds:

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







## ICH WERDE MITGLIED

- A. Tragen Sie Ihre persönlichen Daten ein **1**, **2** und **3**.
- B. Wählen Sie die Höhe Ihres Versicherungsschutzes **4**.
- C. Geben Sie das Datum an, ab dem Ihr Vertrag beginnen soll **5**.
- D. Berechnen Sie Ihren Beitrag und geben Sie die Zahlungsweise an **6**.
- E. Datieren und unterschreiben Sie Ihren Aufnahmeantrag im Abschnitt **7**.
- F. Füllen Sie die Gesundheitsprüfung(en) aus, datieren und unterschreiben Sie sie **8**.
- G. ● Für Ihre erste Beitragszahlung können Sie:
  - die Daten Ihrer Kreditkarte auf der Seite 19 des Aufnahmeantrags angeben, *ODER*
  - die erste Überweisung in Auftrag geben (in diesem Fall bitte eine Kopie des Überweisungsauftrags beifügen), *ODER*
  - einen Scheck, ausgestellt in Höhe des ersten Beitrags in Euro auf APRIL International Expat, beilegen● Für Ihre nächsten Beitragszahlungen füllen Sie bitte die SEPA-Einzugsermächtigung aus, wenn Sie Ihre Beiträge durch Lastschrift von einem in Euro geführten Bankkonto (Zugelassene Länder: Deutschland, Frankreich und Monaco) zahlen möchten
- H. Wenn Sie eine Außerkraftsetzung der für die Krankenversicherung geltenden Wartezeiten beantragen möchten, fügen Sie die Lösungsbescheinigung Ihres Vorvertrags mit allen Einzelheiten zu dessen Versicherungsschutz bei.
- I. Je nach gewählter Leistungen, übermitteln Sie uns bitte auch folgende Nachweise:
  - für die Sterbe- und Pflegeversicherung: eine Kopie Ihres Personaldokuments (Personalausweis oder Pass)
  - für die Leistung Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit aus medizinischem Grund: eine Kopie Ihres letzten Einkommensteuerbescheids und Ihrer letzten Gehaltsabrechnung

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

## UND WAS PASSIERT DANN?

Ihr Aufnahmeantrag wird schnellstmöglich nach Eingang Ihrer vollständigen Unterlagen von APRIL International bearbeitet.

Die Aufnahme erfolgt durch Ausfertigung einer Aufnahmebestätigung (die als Versicherungsbescheinigung gilt), aus der der gewählte Versicherungsschutz und das Datum des Inkrafttretens Ihres Vertrags hervorgehen.

Ihr Vertrag beginnt an dem auf der Aufnahmebestätigung angegebenen Datum und frühestens am Tag nach Eingang Ihrer vollständigen Aufnahmeunterlagen.

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](mailto:info.expat@april-international.com) - [www.april-international.com](http://www.april-international.com)

S.A.S. (frz. vereinfachte Aktiengesellschaft) mit einem Kapital von 200.000 € - Handelsregister Paris 309 707 27  
Versicherungsvermittler - Eingetragen im ORIAS-Verzeichnis unter der Nr. 07 008 000 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (Aufsichts- und Kontrollbehörde)  
61, Rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANKREICH.  
NAF6622Z - USt.-Identifikationsnummer: FR60309707727



april  
international

Insurance made easy.