

AUFNAHMEANTRAG
2020

CRYSTAL STUDIES



Insurance made easy.

Sind Sie bereits Kunde bei APRIL International Care France? JA NEIN Wenn ja, geben Sie bitte Ihre Kundennummer an:

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

VERSICHERTE(R) Identität der zu versichernden Person

Anrede: Frau Herr Geburtsdatum: / / (max. 40 Jahre)

Name des Versicherten:

Vornamen des Versicherten:

Land der Staatsbürgerschaft:

Zielland:

Kontaktdaten / Gewünschte Postanschrift

E-mail:

Wenn Sie in die USA gehen, teilen Sie uns bitte Ihre dortige vollständige Anschrift mit, damit wir Ihnen Ihre Drittzahlerkarte für Apothekenleistungen zuschicken können.

1

Adresse:

Postleitzahl: Stadt:

Staat/Region/Land:

Land:

Festnetznummer: + /

Mobiltelefonnummer: + /

Ihre Korrespondenz (Versicherungsbescheinigung, Allgemeine Versicherungsbedingungen, Leistungsabrechnungen...) geht Ihnen per E-Mail zu.

Ihre Versichertenkarte erhalten Sie mit der Post.

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

VERSICHERUNGSNEHMER = BEITRAGSZAHLER Der Versicherte ist der Beitragszahler (in diesem Fall müssen die nachfolgenden Adressfelder nicht ausgefüllt werden) Der Beitragszahler ist nicht der Versicherte

Anrede: Frau Herr

Name:

Vornamen:

Adresse:

2

Postleitzahl: Stadt:

Staat/Region/Land:

Land:

Festnetznummer: + /

Mobiltelefonnummer: + /

E-Mail:

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

DAUER DES VERSICHERUNGSSCHUTZES UND AUSWAHL DES TARIFES

Gewünschter Versicherungszeitraum:

vom / / bis / /

gleich , Monate (Minimum 1 Monat, Maximum 12 Monate)

Ich wähle meinen Versicherungsschutz:

Tarif Complète **oder** Tarif Mini

ab dem 1. Euro **oder** in Ergänzung der EHIC

3



UNTERZEICHNUNG DES AUFNAHMEANTRAGES

Ich beantrage meine Mitgliedschaft in die Association des Assurés APRIL unter den Vereinbarungen mit Groupama Gan Vie für die Krankenversicherung und die Unfallversicherung (Vereinbarungen Nr. 219/684930 und 219/684931) und mit CHUBB für die Assistance-Versicherung und die Versicherung bei Verschiebung der Abreise (Vereinbarung NR. FFRBBBA07289). Ich erkläre, die Satzung der Association des Assurés APRIL, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen verfügbar ist, zur Kenntnis genommen zu haben.

Sofern ich mich für den Complete Tarif entscheide, beantrage ich durch CHUBB den Abschluss der Privat-, Praktikums- und Mieterhaftpflichtversicherung, der Reisegepäckversicherung (Vertrag Nr. FRBOPA10165) und durch Solucia PJ den Abschluss der Rechtsschutzversicherung (Vertrag Nr. 1000 66 02).

Ich erkenne an, über die gesamte Dauer des Crystal Studies Vertrags, Student oder gleichgestellter Student oder Schüler oder Au-pair-Mädchen/-Junge zu sein und bestätige in der Lage zu sein, eine Kopie meines Studentenausweises oder meiner Schul-/Studienbescheinigung oder meines Au-pair-Vertrags mit einer Gastfamilie, mit entsprechender Gültigkeit, zu jeder Zeit vorweisen zu können.

Ich erkläre, das Informationsblatt zum Versicherungsprodukt Cs2018IPID und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit der Bezeichnung Cs 2018, die den Status eines Informationsschreibens haben, zur Kenntnis genommen zu haben, insbesondere mein Recht auf Rücktritt, diese Bestimmungen anzuerkennen und davon ein Exemplar in Verwahrung genommen zu haben, sowie die Bedingungen, die für die Verwaltungsgeschäfte von APRIL International Care France gelten. Bei Änderung meines Vertrages durch Nachtrag nehme ich zur Kenntnis, dass die o. g. Allgemeinen Versicherungsbedingungen die geltenden Allgemeinen Bedingungen sind.

Ich erkenne an, dass APRIL International Care France dazu veranlasst sein kann personenbezogene Daten von mir zu erheben. Informationen über die Verarbeitung dieser Daten und darüber, wie ich meine Rechte über diese Daten ausüben kann, befinden sich in dem Informationsblatt - Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (Datenschutzerklärung), das mir ausgehändigt wurde.

Ich erkenne an, dass mich der Abschluss dieses Vertrages nicht von den Beiträgen zu gesetzlichen Versicherungen befreit, deren Versicherter ich u. U. bin.

Ich verpflichte mich, APRIL International Care France alle Beträge zu erstatten, die mir von anderen Einrichtungen der Sozialversicherung und/oder einer Zusatzversicherung oder einer Vorsorgeinstitution erstattet werden (außer bei Auswahl des Versicherungsschutzes in Ergänzung zur EHIC).

Ich erkenne an, dass die Erstattungen oder Entschädigungen für Kosten, die durch eine Krankheit, eine Mutterschaft oder einen Unfall verursacht wurden, nicht höher sein können als die Beträge, die mir in Rechnung gestellt wurden. Ich bin damit einverstanden, dass mich APRIL International Care France 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 Ortes, an dem sie angefallen sind, als unvernünftig und ungewöhnlich gelten.

Ich bevollmächtige APRIL International Care France 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 Vertrages 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 / /

Unterschrift des Versicherten nach dem vorangestellten Zusatz „**Gelesen und genehmigt**“:

Unterschrift des Versicherungsnehmers (wenn vom Versicherten abweichend) nach dem vorangestellten Zusatz „**Gelesen und genehmigt**“ (bei Minderjährigen, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters):

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



Die Gesundheitsprüfung ist 6 Monate gültig

Wenn Sie beispielsweise wünschen, dass Ihr Vertrag am 01.07.2020 beginnt, können Sie diesen Fragebogen vom 01.01.2020 bis 30.06.2020 unterschreiben.

Sie müssen alle Fragen genau beantworten, da Ihre Erklärungen für Sie bindend sind. Diese Gesundheitsprüfung ist notwendig, um das Risiko einschätzen zu können, das die Versicherung 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 Vertragsabschluss gegeben wurden.

Der folgende Gesundheitsfragebogen muss ausgefüllt und unterschrieben mit allen notwendigen Nachweisen in einem versiegelten Umschlag mit dem Hinweis „Vertraulich“ an den Vertrauensarzt an die folgende Adresse versendet werden: APRIL International Care France - Service Courrier (Postabteilung) - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANKREICH.

Einige der übermittelten medizinischen Informationen können für den Vertrauensarzt von APRIL International Care France elektronisch verarbeitet werden. Lt. EU-Datenschutz-Verordnung Nr. 2016/679 vom 27. April 2016, verfügen Sie über ein Recht auf Zugriff und ggf. Berichtigung aller Informationen, die Sie betreffen und Inhalt dieser Datei sind, indem Sie sich schriftlich an den Vertrauensarzt von APRIL International Care France an o.g. Adresse wenden.

1	Haben Sie eine Störung, Beschwerden oder eine Erkrankung, die regelmäßig medizinisch betreut und/oder behandelt werden muss bzw. nicht behandelt werden muss?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
2	Ist innerhalb von 12 Monaten nach dem Inkrafttreten des Versicherungsschutzes Ihres Vertrags ein Krankenhausaufenthalt, unabhängig von dessen Grund, geplant (Mandeloperation, Knieoperation, operative Entfernung einer Zyste, Entbindung ...)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN

Hinweise für die Antwort JA auf eine der Fragen:

9

Um die Bearbeitung Ihres Antrages zu erleichtern, übermitteln Sie uns bitte hier zusätzliche Details über den Zeitraum, die eventuellen Folgen der Krankheit oder des Unfalles.

WEITERE ERLÄUTERUNGEN

.....

.....

.....

.....

DIE VERTRAUENSÄRZTE DER VERSICHERER BEHALTEN SICH DAS RECHT VOR, ZUSÄTZLICHE MEDIZINISCHE UNTERSUCHUNGEN ZU VERLANGEN.

Die Verletzung der Anzeigepflicht oder bewusst falsche Erklärungen, aufgrund derer sich der Gegenstand des Risikos ändert bzw. dessen Beurteilung durch die Versicherungen, hat die Nichtigkeit der Versicherung zur Folge, wobei die Beiträge im Eigentum der Versicherung verbleiben (Art. L113-8 des französischen Versicherungsgesetzes).

Ich bestätige, alle gestellten Fragen genau und richtig beantwortet zu haben, nichts erklären zu müssen bzw. keine Erklärungen unterlassen zu haben, was die Versicherungen dieses Vertrages irreführen könnte.

Ausgefertigt in (Ort)

am / /

Unterschrift des Versicherten nach dem vorangestellten Zusatz „Gelesen und genehmigt“:

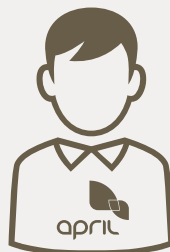
Bei Minderjährigen Unterschrift der Eltern oder des gesetzlichen Vormunds:



DIE VERSCHIEDENEN SCHRITTE BIS ZU IHREM VERTRAGESABSCHLUSS:



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

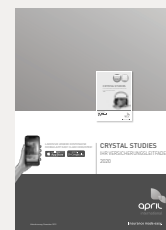
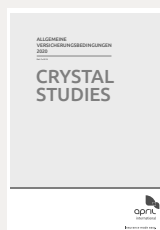


Wir bearbeiten Ihren Antrag.



Sie erhalten danach:

- Ihre Aufnahmebestätigung, die als Versicherungsbescheinigung gilt
- Ihre Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem Vertrag zugrunde 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 widerrufen möchten, können Sie das folgende abtrennbare Formular verwenden und an APRIL International Care France - Service Courier (Postabteilung) - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANKREICH schicken.

WIDERRUF

Artikel L.112-9 des französischen Versicherungsgesetzes

Jede natürliche Person, die an ihrem Wohnsitz oder an ihrem Arbeitsplatz Gegenstand eines Hausturgeschäfts ist oder bei Fernabsatz per Telefon oder per Internet, selbst auf ihre Bitte, ein Versicherungsangebot oder einen Vertrag unterzeichnet, dessen Gegenstand nicht in den Rahmen ihrer Geschäfts- oder Berufstätigkeit fällt, kann von diesem per einfache Post 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 schicken Sie es unterschrieben per einfache Post 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 Vertrages: **Crystal Studies Réf. Cs 2018**

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 Versicherungsnehmers: / /

Nur von APRIL International Care France auszufüllen: Kundennummer



WIE SCHLIESSE ICH EINEN VERTRAG AB?

- A. Tragen Sie Ihre persönlichen Daten ein (Name, Vorname, Anschrift ...) **1** und **2**.
- B. Wählen Sie die Dauer und die Höhe Ihres Versicherungsschutzes **3**.
- C. Wählen Sie die Art und Weise der Erstattung Ihrer Heilbehandlungskosten **4**.
- D. Wenn Sie den Tarif Complète von Crystal Studies abschließen möchten, benennen Sie einen oder mehrere Begünstigten für den Fall Ihres Ablebens **5**.
- E. Berechnen Sie Ihre Beitragshöhe nach Altersgruppe, gewählter Art des Versicherungsschutzes (vollständige Erstattung oder Ergänzung zur EHIC) und Zahlungsweise der Beiträge (Einmalzahlung bei Beitritt oder monatlich) auf Seite 9 der Broschüre und tragen Sie diese ein **6**.
- F. Geben Sie die Zahlungsweise (Einmalzahlung oder monatlich) sowie das Zahlungsmittel an **7**.
- G. Datieren und unterschreiben Sie Ihren Aufnahmeantrag, sofern Sie über 30 Jahre alt sind **8**.
- H. Füllen Sie den Gesundheitsfragebogen aus, datieren und unterschreiben Sie diesen **9**.
- I. Legen Sie dem Aufnahmeantrag den Überweisungsauftrag bei oder tragen Sie die Daten Ihrer Kreditkarte zur Zahlung der vollständigen Prämie oder der ersten Beitragszahlung im Fall einer monatlichen Zahlung auf dem Aufnahmeantrag auf Seite 9 ein.
- J. Wenn Sie die monatliche Zahlungsweise gewählt haben:
 - füllen Sie die beigefügte SEPA-Einzugsermächtigung auf Seite 7 aus
 - fügen Sie dem Aufnahmeantrag Ihre Bankverbindung bei

Schicken Sie alles an: **APRIL International Care France - Service Courrier (Postabteilung)**
1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANKREICH

UND WAS PASSIERT DANN?

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

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

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

april International Care

Firmensitz:

APRIL International Care France - 14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANKREICH

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 - 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09 - FRANKREICH.

NAF6622Z - USt. - Identifikationsnummer: FR60309707727

Produkt versichert durch Axéria Prévoyance (für die Krankenversicherung, Vereinbarungen Nr. A3MCSLDFDS1E2013 und A3MCSLDFDSRO2013), Versicherungs-Aktiengesellschaft mit einem Kapital von 31.000.000 €, Unternehmen, das dem französischen Versicherungsgesetz unterliegt. Geschäftssitz: 90 avenue Félix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, FRANKREICH, eingetragen im Handelsregister Lyon unter der Nummer 350 261 129.



april
international

Insurance made easy.