

AUFNAHMEANTRAG
2020

MAGELLAN



Insurance made easy.

Sind Sie bereits Kunde bei APRIL International Care France? JA NEIN Wenn Ja, tragen Sie bitte Ihre Kundennummer ein:

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

VERSICHERTE(R) Identität der zu versichernden Person/Personen

Wenn Sie mehr als 2 unterhaltspflichtige Kinder haben, Seite 2 kopieren und ausfüllen.

Anrede des **Hauptversicherten**: Frau Herr

Name des **Hauptversicherten**:

Vornamen des **Hauptversicherten**:

Geburtsdatum: / / (min. 4 Jahre, max. 74 Jahre)

Land der Staatsbürgerschaft:

Zielland:

Exakte Berufsbezeichnung:

Branche:

Status des **Hauptversicherten**: Student Angestellter Selbständig Sprachaufenthalt

Working Holiday Programme (WHP) Sonstiges:

E-Mail:

Anrede des **Ehe-/Partners**: Frau Herr

Name des **Ehe-/Partners**:

Vornamen des **Ehe-/Partners**:

Geburtsdatum: / / (min. 18 Jahre, max. 74 Jahre)

Land der Staatsbürgerschaft:

Zielland:

Exakte Berufsbezeichnung:

Branche:

Status des **Ehe-/Partners**: Student Angestellter Selbständig Sprachaufenthalt

Working Holiday Programme (WHP) Sonstiges:

Name des **1. unterhaltspflichtigen Kindes**:

Vornamen des **1. unterhaltspflichtigen Kindes**:

Geburtsdatum: / / Geschlecht: Männlich Weiblich

Name des **2. unterhaltspflichtigen Kindes**:

Vornamen des **2. unterhaltspflichtigen Kindes**:

Geburtsdatum: / / Geschlecht: Männlich Weiblich

1



HAUPTVERSICHERTER Gewünschte Postanschrift

Sofern die Vereinigten Staaten Ihrem Zielland entsprechen, bitten wir Sie uns Ihre komplette Adresse vor Ort anzugeben, damit wir Ihnen Ihre Apotheken-Drittzahlerkarte zusenden können.

Adresse:

Postleitzahl: Stadt:

Staat/Region/Land:

Land:

Festnetz: + /

Mobil: + /

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 Dokumente erhalten?: Deutsch Englisch Französisch Spanisch

VERSICHERUNGSNEHMER = 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:

Vornamen:

Adresse:

Postleitzahl: Stadt:

Staat/Region/Land:

Land:

Festnetz: + /

Mobil: + /

E-Mail:

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

DAUER DES VERSICHERUNGSSCHUTZES UND AUSWAHL DES TARIFES

Gewünschter Versicherungszeitraum:

vom / / bis / / , gleich . Monate

Tarifwahl: Tarif Complete Tarif Mini

Aufnahme: → Einzelperson

→ Paar

→ Hauptversicherter + Kind(er)

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



GEWÜNSCHTE ART DER ERSTATTUNG FÜR HEILBEHANDLUNGSKOSTEN

5

- 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).

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

BEGÜNSTIGTE IM TODESFALL FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG

Wenn der Versicherte mehr als 2 volljährige unterhaltspflichtige Kinder hat, Seite 4 kopieren und ausfüllen.

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 nach gesetzlicher Erbfolge 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):

Ehepartner: 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 nach gesetzlicher Erbfolge 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):

6

1. erwachsenes unterhaltspflichtiges Kind: 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 nach gesetzlicher Erbfolge 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):

2. erwachsenes unterhaltspflichtiges Kind: 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 nach gesetzlicher Erbfolge 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 Unfallversicherung 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 nach gesetzlicher Erbfolge zu gleichen Teilen, anderenfalls an die Erben, ausgezahlt.

Beim Ableben minderjähriger Kinder, für die der Versicherte unterhaltspflichtig ist, sind der Hauptversicherte, sein Ehepartner und ggf. seine anderen Kinder zu gleichen Teilen begünstigt.



BERECHNUNG DES BEITRAGES

Vertragslaufzeit mindestens 15 Tage, maximal 12 Monate (24 Monate für Kanada als Zielland).

Wie wird der Beitrag berechnet?

Je nach Altersgruppe, Art des Versicherungsschutzes, gewähltem Tarif und Zahlungsweise (Einmalzahlung bei Vertragsabschluss oder monatlich) finden Sie für die Berechnung der Beitragshöhe eine Hilfestellung auf der Seite 9 der Broschüre.

→ Wenn der Vertrag **eine, zwei** oder **eine Person mit ihren Kindern** umfasst, ist der Gesamtbeitrag gleich der Summe der **individuellen Beiträge** jeder Person.

- ▶ Beitrag des Hauptversicherten: €
- ▶ Beitrag des Ehe-/Partners: €
- ▶ Beitrag des/der Kindes/er: $(\text{ € \times \text{ versicherte/s Kind[er]})$: + €
- ▶ Ratenzahlungszuschlag bei monatlicher Zahlung $(6 € \times \text{ Monate})$: + €
Die monatliche Zahlung wird nur auf der Basis voller Monate angeboten.
- ▶ **Gesamtbeitrag inkl. Steuern:** = €

→ Wenn der Vertrag **eine zu versichernde Familie** umfasst (2 Erwachsene und 1 oder mehrere Kinder), ist der Gesamtbeitrag gleich dem **Familienbeitrag**.

- ▶ Familienbeitrag: €
- ▶ Ratenzahlungszuschlag bei monatlicher Zahlung $(6 € \times \text{ Monate})$: + €
Die monatliche Zahlung wird nur auf der Basis voller Monate angeboten.
- ▶ **Gesamtbeitrag inkl. Steuern:** = €

AUSWAHL DER ZAHLUNGSWEISE

Vollständige Zahlung bei der Aufnahme per:

- Kreditkarte** (es werden nur Eurocard-Mastercard und Visa akzeptiert)
- Banküberweisung** (die entsprechende Bankverbindung können Sie von uns per E-Mail erhalten)

Bitte ergänzen Sie die Daten Ihrer Kreditkarte in der dafür vorgesehenen Rubrik auf Seite 13.

Monatliche Zahlung (durch SEPA-Lastschrift von einem in Euro und in der SEPA-Zone geführten Bankkonto. Ihre erste Beitragszahlung muss immer per Kreditkarte oder per Überweisung bezahlt werden, auch wenn als Zahlungsweise das SEPA Lastschriftverfahren gewählt wurde.

Füllen Sie bitte die folgende SEPA-Einzugsermächtigung aus und senden Sie uns diese mit Ihren Unterlagen und Ihrer Bankverbindung.

Erste Beitragszahlung per:

- Kreditkarte** (in diesem Fall bitte die Felder auf Seite 13 ausfüllen)
- Banküberweisung** (die entsprechende Bankverbindung können Sie von uns per E-Mail erhalten)



UNTERZEICHNUNG DES AUFNAHMEANTRAGES

Ich beantrage meine Aufnahme in die Association des Assurés APRIL im Rahmen der abgeschlossenen Vereinbarungen mit Groupama Gan Vie, für die Krankenversicherung (Vereinbarung Nr. 219/851 724) und CHUBB für die Assistance-Versicherung (Vereinbarung Nr. FRBBBA05125) für die auf dem Aufnahmeantrag genannten Versicherten. Ich erkläre, die Satzung der Association des Assurés APRIL, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen verfügbar ist, zur Kenntnis genommen zu haben. Sofern ich die Privat- und Praktikums haftpflicht-versicherung, die Unfallversicherung, die Reisegepäck- und die Rechtsschutzversicherung auswähle, beantrage ich durch CHUBB (Vertrag Nr. FRBOPA10170) und durch Solucia PJ (Vertrag Nr. 10006604) den Abschluss der entsprechenden Versicherung.

Ich erkläre, das Informationsblatt zum Versicherungsprodukt Ma2018IPID und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit der Bezeichnung Ma 2018, die den Status eines Informationsschreibens 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 Care France gelten. Bei Änderung meines Vertrages durch Nachtrag nehme ich zur Kenntnis, dass die o. g. Allgemeinen Versicherungsbedingungen die geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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 den gesetzlichen Versicherungen befreit, deren Versicherter 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 Care France 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 Ortes, an dem sie angefallen sind, als unvernünftig und ungewöhnlich gelten.

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

Im Rahmen eines Vertragsabschlusses 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 Care France schriftlich widersprechen.

Im Rahmen eines Vertragsabschlusses ohne Selbstbehalt in Euro verpflichte ich 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. 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, 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 von den Partnern von APRIL per E-Mail erhalten.

Ausgefertigt in (Ort) am / /

Unterschrift(en) des Hauptversicherten und seines Lebenspartners nach dem vorangestellten Zusatz „Gelesen und genehmigt“:

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

Stempel des Versicherungsberaters
+ Code APRIL International Care France

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.

Wenn der Vertrag mehr als 4 zu versichernde Personen umfasst, fotokopieren Sie bitten den Fragebogen.

WENN SIE ODER IHR EHE-/PARTNER JÜNGER ALS 30 JAHRE SIND, MÜSSEN SIE NUR DIE FRAGEN 1, 6 UND 10 BEANTWORTEN

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 bei 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 Courier (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.

FRAGEN:	HAUPTVER- SICHERTER	EHE-/PARTNER	1. UNTERHALTS- PFLICHTIGES KIND	2. UNTERHALTS- PFLICHTIGES KIND
1 GRÖßE:	_____ cm	_____ cm	_____ cm	_____ cm
1a GEWICHT:	_____ kg	_____ kg	_____ kg	_____ kg
2 Sind Sie wegen Krankheit oder Unfall ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
3 Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren unterzogen:				
a) einem chirurgischen Eingriff?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
b) einer Laser-, Chemotherapie-, Strahlenbehandlung?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
4 Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Krankheiten oder Unfälle, die führten zu:				
a) einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 1 Monat?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
b) einer medizinischen Behandlung von mehr als 1 Monat?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
5 Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Arzt aufgesucht wegen:				
a) Nervenstörungen (chronische Erschöpfung, Angst, Depressionen)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
b) der Wirbelsäule (Lumbalgie, Ischias, Bandscheibenvorfall)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
c) Gelenk- und/oder rheumatischer Beschwerden (Hüfte, Knie, Schulter...)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
6 Haben Sie eine Störung, Beschwerden oder eine Erkrankung, die regelmäßig medizinisch betreut und/oder behandelt werden muss oder auch nicht?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
7 Haben Sie einen HBV-Bluttest zum Nachweis von Hepatitis B durchführen lassen?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
Wenn Sie diese Frage mit JA beantwortet haben: War das Ergebnis positiv?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
Datum des Tests (TT/MM/JJJJ):	_____	_____		
7a Haben Sie einen HCV-Bluttest zum Nachweis von Hepatitis C durchführen lassen?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
Wenn Sie diese Frage mit JA beantwortet haben: War das Ergebnis positiv?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
Datum des Tests (TT/MM/JJJJ):	_____	_____		

10



FRAGEN (FORTSETZUNG):	HAUPTVERSICHERTER	EHEPARTNER	1. UNTERHALTS-PFLICHTIGES KIND	2. UNTERHALTS-PFLICHTIGES KIND
7b Haben Sie einen HIV-Bluttest zum Nachweis von AIDS durchführen lassen?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
Wenn Sie diese Frage mit JA beantwortet haben: War das Ergebnis positiv?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
Datum des Tests (TT/MM/JJJJ):	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
8 Haben Sie ein Gebrechen oder eine Behinderung oder beziehen Sie eine Invalidenrente?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
9 Sind für Sie in den nächsten 6 Monaten Untersuchungen vorgesehen (Labor, medizinische Bildgebung, Endoskopie...) und/oder eine Spezialkonsultation und/oder eine medizinische oder chirurgische Behandlung?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
10 Ist innerhalb von 12 Monaten nach dem Inkrafttreten des Versicherungsschutzes Ihres Vertrages ein Krankenhausaufenthalt, unabhängig von dessen Grund, geplant (Mandelopoperation, Knieoperation, operative Entfernung einer Zyste, Entbindung...)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
11 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten :				
a) mehr als 3 Krankschreibungen, unabhängig von deren Dauer?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
b) Spezialuntersuchungen (ohne systematische Vorsorge) wie z. B. Labor, medizinische Bildgebung, Endoskopie...?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		

Hinweise für die Antwort JA auf eine der Fragen:

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

10

Beispiel:

Wegen einer Blinddarmoperation haben Sie bei der 2. Frage JA angekreuzt. In den folgenden Kasten wäre dann einzutragen: *2, Blinddarmoperation, 2003, 3 Krankenhaustage. Ohne Folgen.*

ERLAUTERUNGEN

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 Hauptversicherten nach dem vorangestellten Zusatz „Gelesen und genehmigt“:

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

Unterschriften der volljährigen versicherten Kinder nach dem vorangestellten Zusatz „Gelesen und genehmigt“:



Bitte schicken Sie Ihren ausgefüllten Aufnahmeantrag an:

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

WIDERRUF

Artikel L.112-9 des französischen Versicherungsgesetzes

Jede natürliche Person, die an ihrem Wohnsitz oder an ihrem Arbeitsplatz Gegenstand eines Hausturgeschäftes ist oder bei Fernabsatz per Telefon oder 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: **Magellan Ref. Ma 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



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 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 Vertrages zusammenfasst und aus dem alle nützlichen Kontakte hervorgehen.



WIE SCHLIESSE ICH EINEN VERTRAG AB?

- A. Tragen Sie Ihre persönlichen Daten ein **1**, **2** und **3**.
- B. Wählen Sie die Dauer und die Höhe Ihres Versicherungsschutzes **4**.
- C. Wählen Sie die Art und Weise der Erstattung Ihrer Heilbehandlungskosten **5**.
- D. Bestimmen Sie bitte für die Unfallversicherung einen oder mehrere Begünstigte im Todesfall **6**.
- E. Gehen Sie auf Seite 9 des Aufnahmeantrages, um Ihre Beitragshöhe in Abhängigkeit von der Altersgruppe, von der Art des Versicherungsschutzes und von der Höhe des Versicherungsschutzes zu berechnen und einzutragen **7**.
- F. Geben Sie die Zahlungsweise (Einmalzahlung oder monatlich) sowie das Zahlungsmittel an **8**.
- G. Datieren und unterschreiben Sie Ihren Aufnahmeantrag **9**.
- H. Füllen Sie den Gesundheitsfragebogen aus, datieren und unterschreiben Sie diesen **10**.
- 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 ein.
- J. Wenn Sie die monatliche Zahlungsweise gewählt haben:
 - füllen Sie die beigefügte SEPA-Einzugsermächtigung aus
 - fügen Sie dem Aufnahmeantrag Ihre Bankverbindung bei.

Schicken Sie alles an:
APRIL International Care France - Service Courier (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:
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)
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (Aufsichts- und Kontrollbehörde)
4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09 - FRANKREICH.
NAF6622Z - USt.-Identifikationsnummer: FR6030970727



april
international

Insurance made easy.