



# My Tempo Cover

Aufnahmeantrag



Sind Sie bereits Kunde bei APRIL International Care France?  JA  NEINWenn JA, tragen Sie bitte Ihre Kundennummer ein: Antragsnummer:  **MySTUDIES COVER** **MyTRAVEL COVER**

## BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

VERSICHERTE/R	Identität der zu versichernden Person(en)
Anrede des <b>Hauptversicherten</b> : Frau <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/>	
Name des <b>Hauptversicherten</b> : <input type="text"/>	
Vorname(n) des <b>Hauptversicherten</b> : <input type="text"/>	
Geburtsdatum: <input type="text"/>	
Land der Staatsangehörigkeit: <input type="text"/>	
Zielland: <input type="text"/>	
Exakte Berufsbezeichnung: <input type="text"/>	
Sind Sie Student, assimilierter Student, Schüler oder Au-pair? JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/>	
Sind Sie bereits im Ausland (außerhalb des Landes Ihrer Staatsangehörigkeit)? JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/>	
Wenn JA, seit wann (Monat + Jahr)? <input type="text"/>	
Sozialversicherungs-/CFE-Nummer/CAFAT-Nummer: <input type="text"/> Schlüssel: <input type="text"/>	
<i>(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)</i>	
E-Mail: <input type="text"/>	
.....	
Anrede des <b>Ehepartners</b> : Frau <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/>	
Name des <b>Ehepartners</b> : <input type="text"/>	
Vorname(n) <b>Ehepartners</b> : <input type="text"/>	
Geburtsdatum: <input type="text"/>	
Land der Staatsangehörigkeit: <input type="text"/>	
Zielland: <input type="text"/>	
Exakte Berufsbezeichnung: <input type="text"/>	
Numéro de Sécurité sociale/CFE/CAFAT : <input type="text"/> Schlüssel: <input type="text"/>	
<i>(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)</i>	
E-Mail: <input type="text"/>	



Name des 1. unterhaltspflichtigen Kindes: Vorname(n) des 1. unterhaltspflichtigen Kindes: Geburtsdatum:  /  / Geschlecht: Männlich  Weiblich Sozialversicherungs-/CFE-Nummer/CAFAT-Nummer:  Schlüssel:   
*(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)*Name des 2. unterhaltspflichtigen Kindes: Vorname(n) des 2. unterhaltspflichtigen Kindes: Geburtsdatum:  /  / Geschlecht: Männlich  Weiblich Sozialversicherungs-/CFE-Nummer/CAFAT-Nummer:  Schlüssel:   
*(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)*Name des 3. unterhaltspflichtigen Kindes: Vorname(n) des 3. unterhaltspflichtigen Kindes: Geburtsdatum:  /  / Geschlecht: Männlich  Weiblich Sozialversicherungs-/CFE-Nummer/CAFAT-Nummer:  Schlüssel:   
*(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)*Name des 4. unterhaltspflichtigen Kindes: Vorname(n) des 4. unterhaltspflichtigen Kindes: Geburtsdatum:  /  / Geschlecht: Männlich  Weiblich Sozialversicherungs-/CFE-Nummer/CAFAT-Nummer:  Schlüssel:   
*(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)*Name des 5. unterhaltspflichtigen Kindes: Vorname(n) des 5. unterhaltspflichtigen Kindes: Geburtsdatum:  /  / Geschlecht: Männlich  Weiblich Sozialversicherungs-/CFE-Nummer/CAFAT-Nummer:  Schlüssel:   
*(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)*Name des 6. unterhaltspflichtigen Kindes: Vorname(n) des 6. unterhaltspflichtigen Kindes: Geburtsdatum:  /  / Geschlecht: Männlich  Weiblich Sozialversicherungs-/CFE-Nummer/CAFAT-Nummer:  Schlüssel:   
*(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)*

**HAUPTVERSICHERTER****Gewünschte Postanschrift**

Wenn Sie diesen Vertrag für die Vereinigten Staaten als Zielland abschließen, teilen Sie uns bitte Ihre dortige vollständige Adresse mit, damit wir Ihnen Ihre Drittzahlerkarte für Apothekenleistungen zusenden können.

Anschrift:

Postleitzahl:  Stadt:

Staat/Region/Bundesland:

Land:

Festnetztelefon: +  /      Mobiltelefon: +  /

**VERSICHERUNGSNEHMER =  
(BEITRAGSZAHLER)**

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

Privatkunde  Unternehmen  Firmenname:

Anrede: Frau  Herr

Name:

Vorname(n):

Wirtschaftlicher Eigentümer (im Fall eines Unternehmens):

Anschrift:

Postleitzahl:  Stadt:

Staat/Region/Bundesland:

Land:

Festnetztelefon: +  /      Mobiltelefon: +  /

E-Mail:

**DAUER DES VERSICHERUNGSSCHUTZES UND LEISTUNGSUMFANG**

Gewünschter Versicherungszeitraum: vom  /  /  Bis zum  /  /

**1 Ich wähle folgenden Versicherungsschutz:**

- Comfort -Tarif mit Versicherungsaufnahme:**
  - in die Krankenvollversicherung
  - In den CFE-Versicherungsschutz mit der APRIL-Zusatzversicherung  
(sofern Sie noch nicht der CFE beigetreten sind)
  - in Ergänzung der CFE (sofern Sie bereits der CFE beigetreten sind)
  - in Ergänzung der frz. Sozialversicherung
  - in Ergänzung der CAFAT
- Emergency Tarif mit Erstattungen der Gesundheitskosten ab dem 1. aufgewendeten Euro**
- 2 Ich beantrage eine Versicherungsaufnahme:**
  - nur für den Hauptversicherten
  - für den Hauptversicherten und seinen Lebenspartner
  - für den Hauptversicherten, seinen Lebenspartner und/oder sein(e) Kind(er)



## IHR AUSLANDSAUFENTHALT

**Hauptgrund für den Aufenthalt:** Privater Auslandsaufenthalt < 12 Monate  Auslandsstudium / Au-Pair-Aufenthalt < 12 Monate   
Beruflicher Auslandsaufenthalt < 12 Monate  Working-Holiday-Programm

Bildungseinrichtung/Arbeitgeber /Gastgeberorganisation:

## GEWÜNSCHTE ART DER ERSTATTUNG FÜR HEILBEHANDLUNGSKOSTEN

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

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

## FESTLEGUNG DER BEGÜNSTIGTEN FÜR DIE LEISTUNG DER UNFALLVERSICHERUNG IM TODESFALL

Der Versicherte erklärt, dass er als Begünstigte(n) seinen überlebenden, zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Kapitals nicht offiziell getrennt lebenden Ehepartner, andernfalls seine geborenen oder ungeborenen, lebenden oder wie im Erbfall vertretenen Kinder, andernfalls seine Verwandten in aufsteigender Linie zu gleichen Teilen, andernfalls seine übrigen Erben bestimmt.

**Während der Vertragslaufzeit kann der Versicherte den/die Begünstigten, der/die für die Leistung der Unfallversicherung vorgesehen ist/sind, ändern.**

## BERECHNUNG UND ZAHLUNG DES BEITRAGES

**GEWÜNSCHTES ZAHLUNGSINTERVALL  
DES VERSICHERUNGSBEITRAGES:**

Wählen Sie Ihre Zahlungsweise unter den folgenden Optionen aus:

**SEPA-Lastschrift von  
einem in Euro geführten Bankkonto**

**Kreditkarte oder PayPal**

**Vollständige Beitragszahlung**

–

**Monatliche Beitragszahlung**

–

Bitte beachten Sie, dass Zahlungen per Scheck nicht akzeptiert werden.

### ► BERECHNUNG DES BEITRAGES

Ihr Versicherungsbeitrag:

,  €

Wenn Sie einen CFE-Versicherungsschutz mit der APRIL-Zusatzversicherung gewählt haben:  
Beitrag an die „Caisse des Français de l’Étranger“ (frz. Auslandskasse):

+ ,  €

Mitgliedsbeitrag an die „Association des Assurés APRIL“ (Verein der APRIL-Versicherten):

+ ,  €

Ratenzuschläge (außer bei vollständiger Beitragszahlung):

+ ,  €

**Gesamtbeitrag für die Dauer Ihres Aufenthaltes in Höhe von :**

,  €

### Für die monatliche Beitragszahlung:

**Gesamtbetrag des 1. Versicherungsbeitrages:**

,  €

Die 1. Beitragszahlung entspricht der ersten Monatsrate des Gesamtbeitrages.

**Zahlung des 1. Versicherungsbeitrages:**

- per PayPal (nur bei Online-Vertragsabschluss)
- per Kreditkarte (Eurocard-Mastercard, Visa und American Express).



## UNTERZEICHNUNG DES AUFNAHMEANTRAGES

Ich beantrage meine Aufnahme in die Association des Assurés APRIL (Vereinigung der APRIL-Versicherten) im Rahmen der abgeschlossenen Vereinbarungen mit Groupama Gan Vie für die Krankenversicherung (Vereinbarungen Nr. 219/636815, 219/636816, 219/636817, 219/636818) und mit Chubb European Group SE für die Assistance-Versicherung, die Haftpflichtversicherung für Privatleben und Praktika, die Unfallversicherung und die Versicherung für Gepäck und persönliche Gegenstände, die Rechtsschutzversicherung und die Versicherung für Reisezwischenfälle und Aufenthaltsunterbrechung (Vereinbarungen Nr. FRBOTA40912, FRBOTA41180), für die im Aufnahmeantrag eingetragenen Versicherten. Ich erkläre, die Satzung der Association des Assurés APRIL (in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einsehbar) zur Kenntnis genommen zu haben.

**Ich erkläre, das Informationsblatt zum Versicherungsprodukt mit der Bezeichnung Mtc2019IPID, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit der Bezeichnung Mtc2019, die einem Informationsvermerk entsprechen, und insbesondere mein Recht auf Rücktritt, zur Kenntnis genommen zu haben. 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 bin damit einverstanden, dass APRIL International Care France im Rahmen meines Versicherungsantrags meine persönlichen Daten als Datenverantwortlicher (allein oder gemeinsam mit dem Versicherer) erhebt und verarbeitet. Um mehr über diese Verarbeitung und meine Rechte zu erfahren, kann ich das Informationsschreiben über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einsehen, das mir bei der Beantragung des Versicherungsvertrags ausgehändigt wurde.

Ich stimme zu, dass die auf diesem Formular erfassten Informationen vom Versicherer, dem Versicherungsnehmer oder ihren Dienstleistern und Partnern in einer elektronischen Datei gespeichert werden können, um den Versicherungsschutz gemäß dem Informationsschreiben zu verwalten. Ich habe das Recht, die mich betreffenden Informationen einzusehen, zu berichtigen und aus berechtigten Gründen Widerspruch einzulegen. Dieses Recht kann per Post (APRIL International Care France – Service Courrier – 1 rue du Mont – CS80010 – 81700 Blan – FRANKREICH) oder per E-Mail (dpo.AICF@april.com) ausgeübt werden.

**Ich erkenne an, dass mich der Abschluss dieses Vertrages nicht von den Beiträgen für die 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 mir in Rechnung gestellten Beträge. Ich bin damit einverstanden, dass mich APRIL International Care France auffordert, gleichwertigen Versicherungsschutz anzuzeigen, den ich eventuell mit anderen Versicherern vereinbart habe, und 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.

Wenn ich mich für den Versicherungsschutz in Ergänzung der CFE entscheide, bin ich für meine Mitgliedschaft bei der „Caisse des Français de l'Étranger“ (Frz. Auslandskasse) verantwortlich.

Wenn ich mich für den CFE-Versicherungsschutz mit der APRIL-Zusatzversicherung (CFE + APRIL-Pack) entscheide, leitet APRIL International Care France meinen Antrag an die CFE weiter und zieht die Beiträge und Erstattungen der an die CFE zu zahlenden Arzt- und Krankenhauskosten im Namen der CFE ein, so dass eine einzige Erstattung auf mein Bankkonto erfolgen kann. In diesem Zusammenhang verpflichte ich mich, die CFE und APRIL International Care France über jede Änderung meiner Situation zu informieren, und ich ermächtige die CFE und APRIL International Care France, alle administrativen und medizinischen Informationen auszutauschen, die für die ordnungsgemäße Verwaltung meines Aufnahmeantrages und meines Versicherungsvertrages erforderlich sind.

Ich bestätige, dass ich über die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten durch APRIL International Care France und den Versicherer sowie über meine Rechte informiert worden bin (beschrieben im Informationsschreiben „Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten“, Referenznummer AICF 21-08, das mir bei meiner Versicherungsaufnahme ausgehändigt wurde).

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich darüber informiert worden bin, dass der Vertrag nicht abgeschlossen oder ausgeführt werden kann, wenn ich der Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten nicht zustimme.

Ich willige ein, dass APRIL International Care France und der Versicherer meine Gesundheitsdaten zum Zwecke des Abschlusses, der Verwaltung und der Erfüllung des Vertrages verarbeiten, einschließlich der Risikobewertung, der Verwaltung von Beschwerden/Reklamationen und Klagen, der Risikoüberwachung, statistischer und versicherungsmathematische Studien und der Betrugsbekämpfung, sowie durch APRIL International Care France im Rahmen der Qualitätsbewertung während unserer Telefongespräche.

Im Rahmen der Versicherungsaufnahme in Ergänzung der CFE/der frz. Sozialversicherung, erhält meine «Caisse d'Assurance Maladie» (Krankenkasse) eine bestimmte Anzahl von Informationen. Ich kann jederzeit schriftlich widersprechen, dass die Krankenkasse das Abbild meiner gesetzlichen Krankenversicherungsnachweise an APRIL International Care France übermittelt.

Mit Vertragsabschluss ab dem 1. aufgewendeten Euro verpflichte ich mich, APRIL International Care France alle Beträge zu erstatten, die mir von Einrichtungen der Sozialversicherung und/oder einer Zusatzversicherung oder Vorsorgeeinrichtung auf Gegenseitigkeit gezahlt werden.

Ich erkenne an, dass für die im Rahmen dieses Vertrages geltenden 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 laut Artikel L113-8 und L113-9 des französischen Versicherungsgesetzes vorgesehenen Sanktionen zur Anwendung kommen.**

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

Ausgefertigt in  am (TTMMJJJJ):  /  /

**(Wir können einen in den Vereinigten Staaten unterzeichneten Aufnahmeantrag nicht berücksichtigen).**

Unterschrift(en) der zu versichernden Person und ihres Ehepartners. Bitte stellen Sie Ihrer Unterschrift den handschriftlichen Vermerk „Gelesen und genehmigt“ voran.

Unterschrift des Versicherungsnehmers (falls abweichend vom Hauptversicherten). Bitte stellen Sie Ihrer Unterschrift den handschriftlichen Vermerk „Gelesen und genehmigt“ voran.

Stempel des Versicherungsberaters  
+ Code von APRIL International Care France

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



Wenn Sie Ihren Aufnahmeantrag widerrufen möchten, können Sie das folgende abtrennbare Formular verwenden und an APRIL International Care France - Service courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANKREICH schicken

## WIDERRUF

Artikel L.112-9 des französischen Versicherungsgesetzes

Jede natürliche Person, die in ihrer Wohnung, an ihrem Wohnsitz oder ihrem Arbeitsplatz, bei Fernabsatz per Telefon oder Internet, selbst auf Ihre Bitte, Gegenstand eines Haustürgeschäftes 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 durch einfaches Schreiben innerhalb einer Frist von vierzehn vollen Kalendertagen ab dem Tag des Vertragsabschlusses ohne Begründung und straffrei zurücktreten.

**Bedingungen:** Wenn Sie Ihren Antrag widerrufen wollen, füllen Sie bitte dieses abtrennbare Formular aus und unterschreiben Sie dieses. Senden Sie es in einem Umschlag per Einschreiben mit Rückschein an die oben genannte 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, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag oder einem arbeitsfreien Tag endet, am ersten folgenden Werktag.

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

Name des Vertrages: **MyStudies Cover / MyTravel Cover Ref: Mtc Cov**

Datum der Unterzeichnung des Aufnahmeantrages (TTMMJJJJ):  /  /

Name des Versicherungsnehmers:

Vorname des Versicherungsnehmers:

Anschrift des Versicherungsnehmers:

Postleitzahl:  Stad:

Land:

Telefonnummer:  /  /  /  /  /

Name des Versicherungsberaters:

Anschrift des Versicherungsberaters:

Postleitzahl:  Stad:

Land:

Telefonnummer:  /  /  /  /  /

Datum (TTJJMMMM):  
 /  /

Unterschrift des Versicherungsnehmers:

Nur von APRIL International Care France auszufüllen: Kundennummer C





**Wir freuen uns, dass sie sich für unsere versicherungslösung entschieden hab.**

**Hier finden sie die verschiedenen etappen, die für ihren vertragsabschluss notwendig sind:**

**1**

**Füllen Sie Ihren Aufnahmeantrag aus und schicken Sie diesen an APRIL International Care France.  
Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns.**

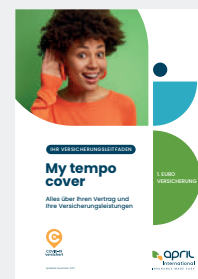
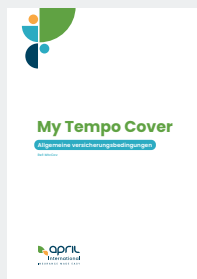
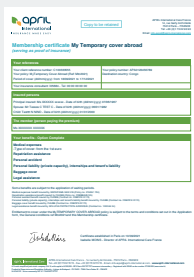
**2**

**Ihr Aufnahmeantrag wird umgehend nach Eingang bearbeitet.**

**3**

**Bei Bestätigung Ihres Antrages erhalten Sie:**

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







**APRIL International Care Firmensitz:**

14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCE  
Telefon: +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax: +33 (0)1 73 02 93 90  
E-Mail: [info.expats@april-international.com](mailto:info.expats@april-international.com) - [www.april-international.com](http://www.april-international.com)

S.A.S. (fr. Vereinfachte Aktiengesellschaft) mit einem Kapital von 200.000 €  
Handels- und Gesellschaftsregister Paris 309 707 72  
Versicherungsvermittler - Eingetragen im ORIAS-Verzeichnis unter der Nr. 07 008 000 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Aufsichtsbehörde - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)  
4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANCE.  
Produkt, entwickelt und verwaltet durch APRIL International Care France und versichert durch  
Groupama Gan Vie (Krankenversicherung) und Chubb European Group SE (für die Assistance-Versicherung,  
die Versicherungsleistungen bei verspäteter Abreise, Privathaftpflichtversicherung und Gepäckversicherung).  
NAF6622Z - UST-IDENTIFIKATIONSNUMMER FR60309707727



INSURANCE MADE EASY