

Bronze-Antrag (Deutschland)

Unterzeichnet von SiriusPoint International Insurance Corporation

Underwritten by SiriusPoint International Insurance Corporation



AN L JMG COMPANY

Vorerkrankungen - Wir tragen keine Kosten für die Behandlung von Krankheiten (oder bestimmten Erkrankungen), die bereits vor Versicherungsabschluss aufgetreten sind.
Pre-existing Conditions – We do not cover treatment of any medical conditions (or specified condition) that existed before the start of your policy

Zum Ausfüllen dieses Formulars

Filling out this form

- Mit diesem Formular können Sie einen Antrag auf unseren Bronze Global Prima Medical Versicherungsplan stellen.
- Use this form to apply for our Bronze Global Prima Medical Insurance Plan.
- Bitte füllen Sie alle nachstehenden Fragen vollständig aus, damit wir Ihnen diese Versicherung bereitstellen können und die Vertragsbedingungen und die Höhe der Versicherungsbeiträge festlegen können. Falls Sie die betreffende Fragestellung oder den Inhalt der von Ihnen angeforderten Informationen nicht verstehen, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung oder lassen Sie sich von Ihrem Versicherungsvertreter helfen. Unvollständige oder ungenaue Angaben können zur Aufhebung des Versicherungsschutzes oder zu sonstigen Schadensersatzansprüchen führen. Vergessen Sie nicht, die Erklärung auf Seite 6 zu unterzeichnen.
- You must take care in answering all the following questions which are relevant to us in providing this insurance and setting the terms and premium. Please contact us if you do not understand the question or the nature of the information required or please seek guidance from your broker. Failure to provide information or the provision of incomplete or inaccurate information may result in the loss of cover or other remedies. Remember to sign the Declaration on page 6.
- Bitte schreiben Sie leserlich und in Großbuchstaben.
- Please write clearly using capital letters.
- Wenn Sie von einem anderen Versicherungsunternehmen oder von einer Gruppenkrankenversicherung der ALC Health überwechseln, müssen Sie eine Kopie Ihres aktuellen Versicherungsnachweises hinzufügen.
- If you are transferring from another insurer or from an ALC Health group policy, you must attach a copy of your current Certificate of Insurance.
- Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns bitte unter der Telefonnummer +44 (0) 1 903 817970 an
- If you have any questions, call us on +44 (0) 1903 817970 (UK).
- Falls Sie eine Kopie dieses Antragsformulars benötigen, teilen Sie uns dies bitte binnen 3 Monaten mit.
- If you'd like a copy of this application form, please let us know within 3 months.

Wie geht's weiter?

What's next?

- Schicken Sie Ihren vollständig ausgefüllten Versicherungsantrag auf **einen** der folgenden Wege an uns zurück
- Send your completed form back to us using **one** of these options:
 - **Email:** privateclient@alchealth.com
 - **Post:** ALC Health, 3rd Floor, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL, Großbritannien
 - **Post:** ALC Health, 3rd Floor, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL, United Kingdom
- Wir werden Ihnen innerhalb von 5 Arbeitstagen schriftlich Ihre Vertragsbedingungen zusenden und Sie um eine entsprechende Überweisung bitten.
- We'll write to you with your terms and requesting payment within 5 working days.
- Sobald wir Ihre erste Zahlung erhalten haben, senden wir Ihnen Ihre Versicherungsunterlagen zu.
- Then, once we've received your payment, we'll send your policy documentation.

1 Festlegung des Versicherungsschutzes

Choosing your level of cover

Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Felder an, um Ihren Versicherungsschutz für den Bronze-Tarif zu bestimmen.

Weitere Informationen zu unseren Versicherungstarifen finden Sie unter www.alchealth.com oder scannen Sie einfach mit Ihrem Smartphone diesen Code →

Please tick the boxes to choose your level of cover for the Bronze plan.

For more information on our plans, visit www.alchealth.com or simply scan this code with your smartphone →



BRONZE

- stationäre und ambulante Behandlung
In-patient, day-patient, and out-patient treatment
- Rücktransport oder Rückreise
Evacuation or Repatriation

- Höchstbetrag für normale Schwangerschaft und Geburt:
Routine Pregnancy & Childbirth limit:
- N/A
- £5,000/€5,000/US\$5,000
- £10,000/€10,000/US\$10,000
- £20,000/€20,000/US\$20,000

- Höchstbetrag für Zahnbehandlungen
Dental Treatment Limit
- N/A
- £1,000/€1,000/US\$1,000
- £2,000/€2,000/US\$2,000

Deckungsbereich:
Area of cover:

- Bereich 1 - Europa
Area 1 – Europe
- Bereich 2 - Weltweit mit Ausnahme der USA und aller US-amerikanischen Staatsgebiete.
Area 2 – Worldwide excluding USA and any USA territories.
- Bereich 3 - Weltweit
Area 3 - Worldwide

In welcher Währung möchten Sie Ihren Versicherungsbeitrag entrichten? Ihre Versicherungsleistungen werden ebenfalls in dieser Währungsangabe geleistet.
In which currency would you like to pay your premium? Your policy benefits will also be in this currency.

- GBP£ EUR€ USD\$

Welchen Betrag möchten Sie als Selbstbeteiligung übernehmen? Die Selbstbeteiligung wird pro Person und pro Versicherungsjahr erhoben und gilt nicht für die Vorsorgeleistungen für Schwangerschaft und Geburt, Zahnbehandlung, Rücktransport oder Rückreise sowie für Leistungen in den Bereichen Wellness, Augenoptik und Schutzimpfungen. Um Ihren Versicherungsbeitrag herabzusetzen, können Sie eine höhere Selbstbeteiligungsrate festlegen.
How much excess would you like to pay? Excess is per person per policy year and does not apply to Routine Pregnancy & Childbirth, Dental Treatment, Evacuation or Repatriation option or Well-being, Optical and Vaccinations benefits. To reduce your premium amount, choose a higher policy excess.

- Null
Nil
- £500/€500/US\$500
- £7,500/€7,500/US\$7,500
- £50/€50/US\$50
- £1,000/€1,000/US\$1,000
- £150/€150/US\$150
- £2,500/€2,500/US\$2,500
- £300/€300/US\$300
- £5,000/€5,000/US\$5,000

Wie möchten Sie Ihre Versicherungsbeiträge entrichten? Wir werden Ihnen nach der Bestätigung Ihres Antrags ausführliche Informationen übermitteln.
How would you like to pay your premium? We'll send details following acceptance of your application.

- Jährlich
Annually
- Vierteljährlich
Quarterly
- Monatlich
Monthly
- Kredit-/Debitkarte
Credit/Debit Card
- Kredit-/Debitkarte
Credit/Debit Card
- Kredit-/Lastschriftkarte
Credit/Debit Card
- SEPA-Lastschrifteinzug
SEPA Direct Debit
- SEPA-Lastschrifteinzug
SEPA Direct Debit
- SEPA-Lastschrifteinzug
SEPA Direct Debit
- Banküberweisung
Bank Transfer
- Banküberweisung
Bank Transfer
- Banküberweisung
Bank Transfer

SEPA-Lastschriftzahlungen ausschließlich von EU/EWR-Bankkonten.
SEPA Direct Debit payments from EU/EEA bank accounts only.

2 Ihre Angaben Your details

Angaben zum Versicherten

Policyholder details

Titel
Title

Mr Herr Mrs Frau Miss Frau Ms Frau Other: Sonstiges:

Vorname(n)
First name(s)

Nachname
Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)
Date of birth (DD-MM-YYYY)

Geschlecht
Gender

Größe (cm/ft)
Height (cm/ft)

Gewicht (kg/lbs)
Weight (kg/lbs)

Branche
Industry

Beruf (bitte vollständige Angaben machen)
Occupation (please give full details)

Nationalität
Nationality

E-Mail-Adresse
Email address

Wohnsitzland
Country of Residence

Ist der Versicherte im Rahmen dieser Versicherungspolice zu versichern?
Is the Policyholder to be insured under this policy? Ja Yes Nein No

Bankadresse Residence Address

Postleitzahl:
Postcode:

Land
Country

Zustelladresse (falls abweichend) Correspondence address (if different)

Postleitzahl:
Postcode:

Land
Country

Telefonnummer Phone numbers

Wohnort:
Home:

Arbeitsplatz:
Work:

Mobiltelefon:
Mobile:

Fax:

Angaben zu weiteren Familienmitgliedern

Additional family member details

Bitte machen Sie Angaben zu allen weiteren Familienmitgliedern, die durch diese Versicherungspolice versichert werden sollen. Dazu gehören Ihr Ehegatte/Lebenspartner und Ihre Kinder unter 25 Jahren, die dauerhaft mit Ihnen zusammenleben oder eine Vollzeitausbildung machen. Falls mehr als vier weitere Familienmitglieder versichert werden sollen, fotokopieren Sie bitte diese Seite, bevor Sie mit dem Ausfüllen dieses Abschnitts fortfahren, und nummerieren Sie die einzelnen Seiten anhand der Kästchen auf der rechten Seite, damit wir den Überblick nicht verlieren.

Please give details of any additional family members to be covered by this policy. This includes your spouse/partner and any children under the age of 25 years of age who are permanently living with you or in full time education. If more than four additional family members are to be covered, please photocopy this page before you start filling in this section, and number each sheet using the boxes on the right to help us keep track.

Exemplarnummer
Copy number von of

1^{tes} Familienmitglied 1st family member

Titel
Title

Vorname(n)
First name(s)

Nachname
Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)
Date of birth (DD-MM-YYYY)

Geschlecht
Gender

Größe (cm/ft)
Height (cm/ft)

Gewicht (kg/lbs)
Weight (kg/lbs)

Verhältnis zum Versicherten
Relationship to policyholder

Branche
Industry

Beruf
Occupation

Staatsangehörigkeit
Nationality

Wohnsitzland
Country of residence

2^{tes} Familienmitglied 2nd family member

Titel
Title

Vorname(n)
First name(s)

Nachname
Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)
Date of birth (DD-MM-YYYY)

Geschlecht
Gender

Größe (cm/ft)
Height (cm/ft)

Gewicht (kg/lbs)
Weight (kg/lbs)

Verhältnis zum Versicherten
Relationship to policyholder

Branche
Industry

Beruf
Occupation

Staatsangehörigkeit
Nationality

Wohnsitzland
Country of residence

3^{tes} Familienmitglied 3rd family member

Titel
Title

Vorname(n)
First name(s)

Nachname
Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)
Date of birth (DD-MM-YYYY)

Geschlecht
Gender

Größe (cm/ft)
Height (cm/ft)

Gewicht (kg/lbs)
Weight (kg/lbs)

Verhältnis zum Versicherten
Relationship to policyholder

Branche
Industry

Beruf
Occupation

Staatsangehörigkeit
Nationality

Wohnsitzland
Country of residence

4^{tes} Familienmitglied 4th family member

Titel
Title

Vorname(n)
First name(s)

Nachname
Surname

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)
Date of birth (DD-MM-YYYY)

Geschlecht
Gender

Größe (cm/ft)
Height (cm/ft)

Gewicht (kg/lbs)
Weight (kg/lbs)

Verhältnis zum Versicherten
Relationship to policyholder

Branche
Industry

Beruf
Occupation

Staatsangehörigkeit
Nationality

Wohnsitzland
Country of residence

Angaben zum behandelnden Arzt und zum Heilpraktiker

Medical Practitioner's Details

Bitte geben Sie den Namen Ihres derzeitigen Arztes oder des Arztes an, der am besten mit Ihrer Krankengeschichte vertraut ist.
Please provide details of your current medical practitioner or the one who is most familiar with your medical history.

Name

Name des Versicherten oder eines Familienmitglieds
Policyholder or Family Member's Name

E-Mail-Adresse
Email address

Telefon
Tel

Fax

Anschrift
Address

Postleitzahl:
Postcode:

Land
Country

Name

Name des Versicherten oder eines Familienmitglieds
Policyholder or Family Member's Name

E-Mail-Adresse
Email address

Telefon
Tel

Fax

Anschrift
Address

Postleitzahl:
Postcode:

Land
Country

Name

Name des Versicherten oder eines Familienmitglieds
Policyholder or Family Member's Name

E-Mail-Adresse
Email address

Telefon
Tel

Fax

Anschrift
Address

Postleitzahl:
Postcode:

Land
Country

Name

Name des Versicherten oder eines Familienmitglieds
Policyholder or Family Member's Name

E-Mail-Adresse
Email address

Telefon
Tel

Fax

Anschrift
Address

Postleitzahl:
Postcode:

Land
Country

Medizinische Angaben zur Gesundheit

Health Declaration

Bitte für jede Person, die Versicherungsschutz beantragt, folgende Fragen beantworten
Please answer for each person applying for cover

Exemplarnummer von Copy number

Versicherter Policyholder	1 ^{tes} Familienmitglied 1 st family member	2 ^{tes} Familienmitglied 2 nd family member	3 ^{tes} Familienmitglied 3 rd family member	4 ^{tes} Familienmitglied 4 th family member
1) Sind Sie oder ein anderer Antragsteller derzeit in einem Krankenhaus oder auf einer Warteliste für einen Krankenhausaufenthalt oder für eine Operation vorgesehen oder brauchen Sie eine derartige Behandlung? 1) Are you or any other applicant presently hospitalised, or scheduled on a waiting list for or in need of hospitalisation or surgery?				
<input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No
2) Werden Sie derzeit aktiv wegen einer Krebserkrankung behandelt oder wurde bei Ihnen in den letzten zwölf Monaten eine Krebserkrankung diagnostiziert? 2) Are you currently receiving active treatment for any form of cancer or had a diagnosis in the last twelve months?				
<input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No
3) Wurden Sie oder ein anderer Antragsteller zu irgendeinem Zeitpunkt positiv auf eine Erkrankung des Immunsystems getestet, diese diagnostiziert oder behandelt, z. B. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS Related Complex (ARC) Lymphadenopathie Syndrome, Human Immunodeficiency Virus (HIV)? 3) Have you or any other applicant at any time ever tested positive for, been diagnosed with, or been treated for any Immune System Disorder, including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS Related Complex (ARC) Lymphadenopathy Syndrome, Human Immunodeficiency Virus (HIV)?				
<input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No

Bitte berücksichtigen Sie, dass wenn eine Person eine der obigen Fragen mit JA beantwortet hat, er/sie die Voraussetzungen für diese Krankenversicherung nicht erfüllt.
Please note if a person has answered YES to any question above, he or she does not qualify for this insurance.

3 Allgemeine Datenschutzverordnung (DSGVO): General Data Protection Regulation (GDPR)

Hierbei handelt es sich nur um eine Zusammenfassung der Datenschutzrichtlinien von ALC Health und Ihrer diesbezüglichen gesetzlichen Ansprüche gemäß DSGVO. -Eine vollständige Beschreibung, wie wir Ihre personenbezogenen Daten erfassen und nutzen und welche Rechte Sie nach der DSGVO haben, finden Sie in unserer Datenschutzrichtlinie unter <https://www.alchealth.com/privacy.htm>
This is only a summary of ALC Health's privacy policy and your rights under GDPR. For a complete explanation of how we gather and use your personal information and your corresponding rights, please review our complete Privacy Policy, which is available at <https://www.alchealth.com/privacy.htm>

ALC Health erfasst viele unterschiedliche Kategorien von Informationen, um unsere Arbeit erfolgreich auszuführen und Ihnen die bestmöglichen Produkte, Dienstleistungen und Erfahrungen zur Verfügung zu stellen. Unabhängig von der Herkunft halten wir es für wichtig, diese Informationen mit größter Sorgfalt zu verarbeiten und Ihnen dabei zu helfen, Ihre Privatsphäre zu schützen.

ALC Health collects many kinds of information in order to operate effectively and provide you the best products, services and experiences we can. Regardless of the source, we believe it is important to treat that information with care and to help you maintain your privacy.

Wenn Sie uns Ihre Zustimmung zur Datenverarbeitung erteilen, werden wir Ihre personenbezogenen Daten gemäß unserer Datenschutzrichtlinie verarbeiten, um die von Ihnen bezogenen Dienstleistungen zu erfüllen, einschließlich der Schadenserstattung, und um Mitgliedermitteilungen zu empfangen. Wenn Sie Ihre Zustimmung zu Marketingzwecken erteilen, werden wir Ihnen einschlägige Informationen und zukünftiges Marketingmaterial zu Produkten oder Dienstleistungen schicken, an denen Sie eventuell Interesse haben, sowie für alle anderen in unserer Datenschutzrichtlinie aufgeführten Zwecke. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.

When you provide data processing consent, we will process your personal information in order to provide the services you have purchased, including to administer claims, and to receive member communications, in accordance with our Privacy Policy. If you provide marketing consent, we will send you relevant information and future marketing materials regarding products or services in which you may have interest, and for all other purposes set forth in our Privacy Policy. You may withdraw your consent at any time.

Wenn Sie uns Ihre Einwilligung zu Marketingzwecken erteilen, können wir Informationen über Sie von Dritten einholen, um uns dabei zu helfen, Versicherungsprodukte und -dienstleistungen zu identifizieren, an denen Sie Interesse haben könnten, und Informationen an Dritte weitergeben, z. B. an Webanalysetools, um Ihnen relevante Informationen und künftiges Marketingmaterial zuzusenden, sowie für alle anderen in unserer Datenschutzrichtlinie genannten Zwecke. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.

By providing marketing consent, we may gather information about you from third parties to help us identify insurance products and services in which you may have interest, and share information with third parties, such as web analytics tools, in order to send you relevant information and future marketing materials, and for all other purposes set forth in our Privacy Policy. You may withdraw your consent at any time.

Wir können Ihre Daten an Dritte weiterleiten, die in unserem Interesse Dienstleistungen bereitstellen, um uns bei unseren Geschäftsaktivitäten behilflich zu sein. Diese Unternehmen sind berechtigt, Ihre personenbezogenen Daten nur im Rahmen der Erbringung dieser Dienstleistungen für uns zu verarbeiten. Wenn wir Informationen an diese Dritten zur Erbringung von Dienstleistungen weiterleiten, dürfen sie diese nicht für irgendwelche anderen Zwecke weiterverwenden und müssen diese Daten vertraulich behandeln. Das Angebot könnte Folgendes umfassen:

We may share your information with third parties who provide services on our behalf to help with our business activities. These companies are authorized to use your personal information only as necessary to provide these services to us. When we share information with these other companies to provide services for us, they are not allowed to use it for any other purpose and must keep it confidential. These services may include:

- Zahlungsabwicklung für medizinische Versorgungseinrichtungen
- Payment processing to healthcare providers
- Bearbeitung und Abwicklung der Leistungsansprüche
- Adjudicating and managing the claims process
- Bereitstellung von Kundendienstleistungen
- Providing customer service

In bestimmten Fällen kann es erforderlich sein, dass ALC Health personenbezogene Daten auf Anfrage von Behörden offenlegen muss, z. B. zur Deckung nationaler Sicherheits- oder Strafverfolgungsvorschriften.

In certain situations, ALC Health may be required to disclose personal data in response to lawful requests by public authorities, including to meet national security or law enforcement requirements.

4 Hinweise zur korrekten Datenverarbeitung Fair Processing Notice

Dieser Datenschutzhinweis erläutert, wie die SiriusPoint International Insurance Corporation (im Sinne dieses Hinweises „wir“, „uns“ oder der „Versicherer“) personenbezogene Daten von Versicherten, Antragstellern und sonstigen Parteien (im Sinne dieses Hinweises „Sie“) erhebt und verarbeitet, wenn wir unsere Versicherungs- und Rückversicherungsleistungen erbringen.

This Privacy Notice describes how SiriusPoint International Insurance Corporation (for the purpose of this notice “we”, “us” or the “insurer”) collect and use the personal information of insureds, claimants and other parties (for the purpose of this notice “you”) when we are providing our insurance and reinsurance services.

Die dem Versicherer zur Verfügung gestellten Informationen sowie medizinische und alle anderen Informationen, die wir von Ihnen oder von Dritten im Zusammenhang mit dieser Versicherungspolice über Sie erhalten haben, werden vom Versicherer zur Prüfung Ihres Antrags, zur Abwicklung der Versicherung (einschließlich der Zeichnungsprozesse, der Verwaltung, des Schadenmanagements, der versicherungsrelevanten Analysen, der Rehabilitation und der Bearbeitung von Kundenbelangen) sowie zur Vorbeugung und Ermittlung von Betrugsfällen herangezogen. Möglicherweise sind wir gesetzlich dazu verpflichtet, bestimmte personenbezogene Daten über Sie zu erfassen, oder als Folge einer vertraglichen Vereinbarung, die wir mit Ihnen haben. Die Nichtbereitstellung dieser Informationen kann die Vertragserfüllung beeinträchtigen oder verzögern.

The information provided to the Insurer, together with medical and any other information obtained from you or from other parties about you in connection with this policy, will be used by the Insurer for the purposes of determining your application, the operation of insurance (which includes the process of underwriting, administration, claims management, analytics relevant to insurance, rehabilitation and customer concerns handling) and fraud prevention and detection. We may be required by law to collect certain personal information about you, or as a consequence of any contractual relationship we have with you. Failure to provide this information may prevent or delay the fulfillment of these obligations.

Informationen werden vom Versicherer zu diesen Zwecken an Konzerngesellschaften und Drittversicherer, Rückversicherer, Versicherungsvermittler und Dienstleister weitergeleitet. Diese Unternehmen können in Bezug auf Ihre personenbezogenen Informationen zu Datenverantwortlichen erklärt werden. Aufgrund unserer Tätigkeit als Teil eines globalen Unternehmens können wir Ihre personenbezogenen Daten zu diesen Zwecken auch an Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums weiterleiten.

Information will be shared by the Insurer for these purposes with group companies and third party insurers, reinsurers, insurance intermediaries and service providers. Such parties may become data controllers in respect of your personal information. Because we operate as part of a global business, we may transfer your personal information outside the European Economic Area for these purposes.

Sie haben vorbehaltlich der örtlichen Gesetze bestimmte Ansprüche in Bezug auf Ihre personenbezogenen Daten. Dazu gehören die Ansprüche auf Einsichtnahme, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Widerspruch und Erhalt Ihrer personenbezogenen Daten in einem nutzbaren elektronischen Format sowie auf deren Übermittlung an Dritte (Recht auf Datenübertragbarkeit).

You have certain rights regarding your personal information, subject to local law. These include the rights to request access, rectification, erasure, restriction, objection and receipt of your personal information in a usable electronic format and to transmit it to a third party (right to portability).

Sollten Sie Fragen oder Bedenken hinsichtlich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben, kontaktieren Sie uns bitte: DPOLondon@siruspt.com

If you have questions or concerns regarding the way in which your personal information has been used, please contact: DPOLondon@siruspt.com

Wir bemühen uns, mit Ihnen zusammen eine vernünftige Regelung für Ihre Beschwerden oder Bedenken bezüglich des Datenschutzes zu finden. Wenn Sie jedoch der Meinung sind, dass wir Ihnen bei Ihrer Beschwerde oder Ihrem Anliegen nicht weiterhelfen konnten, haben Sie das Recht, eine Beschwerde an das britische Büro des Datenschutzbeauftragten (Information Commissioner's Office) zu richten.

We are committed to working with you to obtain a fair resolution of any complaint or concern about privacy. If, however, you believe that we have not been able to assist with your complaint or concern, you have the right to make a complaint to the UK Information Commissioner's Office.

Weitere Informationen darüber, wie wir Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten, finden Sie in unserem ausführlichen Datenschutzhinweis unter: <https://www.siruspt.com/legal/website-privacy-policy-final.pdf>

For more information about how we process your personal information, please see our full privacy notice at: <https://www.siruspt.com/legal/website-privacy-policy-final.pdf>

5 Sprache Language

Dieser Versicherungsvertrag wurde auf Englisch unterzeichnet, und der gesamte Schriftverkehr zwischen uns wird in englischer Sprache erfolgen.

The language of this insurance contract is English and all correspondence between us will be in English.

Bitte bestätigen Sie durch Ankreuzen, dass Sie diese Erklärung akzeptieren.

Please tick to confirm that you accept this statement.

Sollten Sie die englische Sprache nicht bevorzugen, wenden Sie sich bitte an Ihren Versicherungsmakler oder rufen Sie uns unter +44 (0) 1903 817970 (UK) an.

If you do not wish the language to be English, please contact your broker or telephone us on +44 (0) 1903 817970 (UK).

7 Vorheriger Versicherungsschutz Previously Insured

Haben Sie oder ein Familienmitglied, das den Versicherungsschutz beantragt, schon einmal eine Krankenversicherung über IMG, IMG Europe oder ALC Health in Anspruch genommen?

Have you or any family member applying for coverage ever purchased insurance through IMG, IMG Europe, or ALC Health?

Ja
Yes Nein
No

Certificate/Policy Number:

(Falls ja: Bitte geben Sie die Bescheinigungsnummer, falls vorhanden und die entsprechenden Angaben dazu an. Wenn Sie „Ja“ wählen, erklären Sie sich mit den folgenden Punkten einverstanden: Sie bestätigen, dass Sie einen komplett neuen Versicherungsschutz beantragen und keine Verlängerung oder Wiederaufnahme von früheren Versicherungsscheinen, die Sie möglicherweise bereits über IMG, IMG Europe oder ALC Health abgeschlossen haben, und dass im Falle der Genehmigung Ihres neuen Antrags durch IMG ein komplett neuer Versicherungszeitraum gemäß den Versicherungsbedingungen und -bestimmungen des neuen Versicherungsscheins eingeleitet werden soll, (einschließlich, aber nicht nur, aller Anspruchsvoraussetzungen, Vorerkrankungen und sonstiger Ausschlüsse, Wartezeiten sowie Leistungs-ober- und -untergrenzen des Plans), und dass Ihr neuer Versicherungsschutz keinen Anspruch auf Leistungen aus einem fortlaufenden Versicherungsschutz auf der Grundlage Ihres früheren verfallenen Versicherungsschutzes begründet.)

(If yes: please provide certificate number, if any, and details. By selecting yes, you agree to the following: you acknowledge that you are applying for an entirely new certificate of coverage and not a renewal or reinstatement of any prior certificate(s) that you may have purchased through IMG, IMG Europe, or ALC Health in the past, and that, should IMG accept your new application, this would start a brand new coverage period under the terms, conditions and provisions of the new insurance certificate (including, but not limited to, all eligibility requirements, pre-existing condition and other exclusions, waiting periods, and benefit limits and sub-limits of the plan), and your new coverage will not qualify for any benefits of continuous coverage based upon your prior lapsed coverage.)

Wurden Sie oder ein Familienmitglied, das einen Antrag auf Versicherungsschutz gestellt hat, jemals zu Sonderkonditionen oder -tarifen versichert, wurde Ihnen der Versicherungsschutz vorenthalten oder wurde ein Versicherungsvertrag im Rahmen einer Kranken-, Lebens- oder Invaliditätsversicherung gekündigt?

Have you or any family member applying for coverage ever been accepted with special terms or rates, been declined cover or had a policy cancelled under any health/medical, life or disability insurance plan?

Ja
Yes Nein
No

Angaben:

Details:

6 Dokumentation Documentation

Möchten Sie sämtliche Vertragsunterlagen und den künftigen Schriftverkehr per E-Mail erhalten? Wir werden dann die E-Mail-Adresse von Seite 2 verwenden.

Would you like to receive all policy documentation and future correspondence by email? We'll use the address from page 2.

Ja
Yes Nein
No

8 Sonstige Krankenversicherungen Other Health Insurance

Verfügen Sie über eine andere Krankenversicherung oder -police, die Behandlungskosten abdeckt? Do you hold any other insurance plan or policy that provides cover for medical costs?

Ja
Yes Nein
No

Versicherungsschein oder Versicherungsnummer:

Policy Certificate or ID Numbers:

Name der privaten Versicherung oder der gesetzlichen Versicherung

Private insurance or government plan name

Versicherungsunternehmen oder staatliche Einrichtung, die die Versicherung anbietet

Insurer or government entity providing the plan

Datum des Versicherungsbeginns (TT-MM-JJJJ)

Coverage Start Date (DD-MM-YYYY)

Versicherungsende (TT-MM-JJJJ)

Coverage End Date (DD-MM-YYYY)

9 Ihre schriftliche Einwilligung Your declaration

- Ich habe die kompletten Vertragsbedingungen, Versicherungsleistungen, Versicherungsausschlüsse und Versicherungsbedingungen dieser Versicherungspolice erhalten und zur Kenntnis genommen, einschließlich des Allgemeinen Haftungsausschlusses 62 bezüglich bereits bestehender Vorerkrankungen und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Nr. 8 zum Versicherungsrecht.
 - I have received and read the full Definitions, Benefits, Exclusions and Condition of this Policy including General Exclusion 62 relating to Pre-existing Conditions and General Condition 8 relating to Governing Law.
- Ich/wir erkläre(n), dass die in diesem Angebot enthaltenen Informationen nach meinem/unserem besten Wissen und Gewissen korrekt und vollständig sind. Ich/wir habe(n) darauf geachtet, bei der Offenlegung dieser Informationen keine falschen Angaben zu machen und verstehe(n), dass alle bereitgestellten Informationen für die Annahme und Bewertung dieser Versicherung, die Bedingungen, zu denen sie angenommen wird, und die berechnete Prämie relevant sind.
 - I/we declare that the information disclosed in this proposal is, to the best of my/our knowledge and belief, both accurate and complete. I/we have taken care not to make any misrepresentation in the disclosure of this information and understand that all information provided is relevant to the acceptance and assessment of this insurance, the terms on which it is accepted and the premium charged.
- Mir ist bewusst, dass ich die Versicherung innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss dieses Vertrags gemäß dem Vertragstext kündigen kann, wenn ich mit dem Inhalt dieser Police nicht zufrieden bin.
 - I understand that if I am not satisfied with the content of this policy, I may cancel the insurance within 14 days of the completion of this contract as set out in the Policy Wording.
- Wenn ich angegeben habe, dass ich mit Kredit-/Debitkarte bezahlen möchte, ermächtige ich [4]ALC Health, mein Konto bis zu 4 Tage vor dem Abhol-/Erneuerungsdatum mit zu belasten die entsprechende Prämie und alle nachfolgenden fälligen Verlängerungsprämien wie mitgeteilt, bis ich schriftlich mitteile, dass ich diesen Vertrag kündigen möchte. Mir ist bewusst, dass ALC Health nicht haftbar gemacht werden kann, wenn meine Police erlischt, wenn die Kredit-/Debitkarte abgelehnt wird und ich nicht innerhalb von 7 Tagen auf Anfragen nach alternativen Zahlungsmethoden reagiere.
 - If I have indicated that I wish to pay by credit/debit card, I authorise ALC Health to debit my account up to 4 days in advance of the collection/renewal date with the appropriate premium, and all subsequent renewal premiums due as notified until I give written notice that I wish to terminate this Agreement. I understand that ALC Health cannot be liable if my policy is lapsed should the credit/debit card be declined and I do not respond to requests for alternative methods of payment within 7 days.
- Mit der Unterzeichnung dieses Formulars als Versicherungsnehmer bestätige ich Folgendes:
 - By signing this form as the policyholder, I confirm that:
 - Jeder, der in den Plan einbezogen ist, hat zugestimmt, dass der Versicherungsnehmer seine Erlaubnis hat, für ihn bei der Erstellung dieses Plans zu handeln
 - anyone included on the plan has agreed that the policyholder has their permission to act for them to set up this plan
 - Der Versicherungsnehmer stimmt im Namen dieser Familienmitglieder und sich selbst zu, dass ALC Health, seine Versicherer und seine Schadensregulierer personenbezogene Daten auf die oben beschriebene Weise verwenden.
 - the policyholder consents on behalf of those family members and themselves to ALC Health, its underwriters and its claims handlers using personal information in the ways described above.
 - Wenn Sie eine Deckung in einem Wohnsitzland außerhalb des EWR und des Vereinigten Königreichs beantragen oder jederzeit an einen Ort außerhalb des EWR oder des Vereinigten Königreichs ziehen, erkennt der Versicherungsnehmer an und erklärt sich damit einverstanden, dies zu wählen
 - Treuhänder: Der Versicherungsnehmer beantragt und unterzeichnet hiermit für und im Namen jeder angemeldeten Person bei der Conyers Trust Company (Bermuda) Limited, Richmond House, 12 Par-la-Ville Road Hamilton HM 08, Bermuda, oder ihren Rechtsnachfolgern Versicherungsschutz, der oben beantragt wurde und von der Sirius International Insurance Corporation zum Zeitpunkt des Erhalts dieser Vereinbarung unterzeichnet und angeboten sowie von ALC Health verwaltet wird.
 - If applying for coverage with a country of residence outside of the EEA and UK or at any time move to a location outside the EEA or UK, the policyholder acknowledges and agrees to elect the Trust: the policyholder hereby applies and subscribes, for and on behalf of each individual enrolled, to the Conyers Trust Company (Bermuda) Limited, Richmond

House, 12 Par-la-Ville Road Hamilton HM 08, Bermuda, or its successors, for the insurance coverage requested above and as underwritten and offered by Sirius International Insurance Corporation on the date of its receipt hereof, and as administered by ALC Health.

- Wenn Sie diese Versicherung über einen Makler abschließen, versteht, erkennt und stimmt der Versicherungsnehmer zu, dass ALC Health dem Makler bei Abschluss und Verlängerung eine Provision zahlt.
 - If you are arranging this insurance via a broker the policyholder understands, acknowledges and agrees that ALC Health will pay commission to the broker at inception and renewal.
- Ich habe den Hinweis zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gelesen, der in diesem Antragsformular[4] enthalten ist, und die Datenschutzrichtlinie, die unter verfügbar ist <https://www.alchealth.com/privacy.htm>.
 - I have read the General Data Protection Regulation (GDPR) notice as contained in this Application Form and the Privacy Policy which is available at <https://www.alchealth.com/privacy.htm>.
- Wenn Sie nicht die angemessene Sorgfalt walten lassen und die Informationen, die Sie uns geben, ungenau oder unvollständig sind, können wir eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen ergreifen:
 - If you don't take reasonable care and the information you give us is inaccurate or incomplete then we may take one or more of the following actions:
 - Stornieren Sie Ihren Plan;
 - Cancel your plan;
 - Erklären Sie Ihre Mitgliedschaft für ungültig (behandeln Sie Ihren Plan so, als hätte er nie existiert);
 - Declare your membership void (treating your plan as if it had never existed);
 - Ändern Sie die Bedingungen Ihres Plans; oder
 - Change the terms of your plan; or
 - Weigern Sie sich, einen Anspruch ganz oder teilweise zu bearbeiten oder die Höhe etwaiger Anspruchszahlungen zu kürzen.
 - Refuse to deal with all or part of any claim or reduce the amount of any claims payments.
- Wir bitten Sie möglicherweise um die Bereitstellung weiterer Informationen und/oder Unterlagen, um sicherzustellen, dass die Informationen, die Sie uns beim Abschluss, bei Änderungen oder bei der Erneuerung Ihres Plans gegeben haben, korrekt und vollständig waren.
 - We may ask you to provide further information and/or documentation to make sure that the information you gave us when taking out, making changes to or renewing your plan was accurate and complete.
- Es besteht kein Versicherungsschutz, bis dieser Vorschlag vom Versicherer angenommen und die Prämie bezahlt wird. Der Versicherer behält sich das Recht vor, je nach den von Ihnen bereitgestellten Informationen einen Versicherungsvorschlag abzulehnen oder andere Prämien und Konditionen als die angegebenen anzubieten.
 - No cover is in force until this proposal is accepted by the insurer and the premium is paid. The insurer reserves the right to decline any insurance proposal or to offer different premium and terms from those quoted dependent on the information you have provided.
- IMG Europe AB, firmierend als ALC Health, zugelassen und reguliert durch die schwedische Finanzaufsichtsbehörde (71922) und registriert als autorisierter Vertreter durch die Financial Conduct Authority (1003200), bietet Produkte in Deutschland gemäß den Rechten der Dienstleistungsfreiheit im Rahmen des EU-Versicherungsvertriebs an Richtlinie. Durch die Unterzeichnung dieses Antragsformulars erkennen Sie an und stimmen zu, dass diese Police kein Ersatz oder Ersatz für die deutsche gesetzliche Krankenversicherung ist und dass diese Police nur für Personen geeignet ist, die keinen Anspruch auf eine öffentliche Krankenversicherung haben und/oder zusätzlichen Versicherungsschutz benötigen.
 - IMG Europe AB trading as ALC Health authorised and regulated by the Swedish Financial Supervisory Authority (71922) and registered as an Authorised Representative by the Financial Conduct Authority (1003200), offers products in Germany pursuant to rights of freedom of services under the EU Insurance Distribution Directive. By signing this Application Form, you acknowledge and agree that this policy is not a substitute for or in lieu of German Public Health Insurance and that this policy is only appropriate for those who are not eligible for Public Insurance and/ or require additional cover.

Einwilligungserklärung

Consent

Ja
Yes

Nein
No

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zur Bereitstellung der von mir erworbenen Dienstleistungen zu, einschließlich der Verwaltung von Ansprüchen und dem Erhalt von Mitgliedermittellungen gemäß der Datenschutzrichtlinie von ALC Health
I agree to the processing of my personal information to provide the services I have purchased, including to administer claims, and to receive member communications, in accordance with ALC Health's Privacy Policy

Ja
Yes

Nein
No

Ich bin damit einverstanden, relevante Informationen und andere Mitteilungen von ALC Health über Versicherungsschutz und Serviceoptionen zu erhalten. Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann
I agree to receive relevant information and other communications from ALC Health about insurance coverages and service options. I understand that I can withdraw my consent at any time

Datum des Versicherungsbeginns

Policy start date

Datum (TT-MM-JJJJ)

Date (DD-MM-YYYY)

Ihr Versicherungsvertrag tritt erst in Kraft, wenn wir dieses Formular erhalten und bestätigt haben. Wenn Sie möchten, dass Ihr Versicherungsschutz zu einem späteren Zeitpunkt anfängt, müssen Sie uns mitteilen, wenn sich die in diesem Formular gemachten Angaben ändern - Sie können den Versicherungsschutz nicht mehr als 30 Tage im Voraus beantragen.

Your policy cannot start until we receive and accept this form. If you'd like your cover to start at a future date, you must let us know if there are any changes to the information given in this form - you cannot apply for cover more than 30 days in advance of completion of this form.

Bestätigung

Confirmation

Nachname des Versicherten

Policyholder signature

Die Unterzeichnung dieses Antrags verpflichtet Sie nicht zum Abschluss dieser Versicherung.
Signing this Application does not bind you to enter into this insurance.

Bitte drucken Sie den Namen vollständig aus

Please PRINT name in full

Unterschriftsdatum (TT-MM-JJJJ)

Date signed (DD-MM-YYYY)

Wenn Sie eine digitale Version dieses Formulars ausfüllen, kreuzen Sie bitte das Kästchen unten an, um die Erklärung zu bestätigen.

If you're completing a digital version of this form, please tick the box below to acknowledge the declaration.

Ich bestätige, dass ich als Versicherungsnehmer diese Erklärung gelesen und verstanden habe
I confirm, as the policyholder, I have read and understood this declaration

Name des Versicherungsvermittlers
Broker name

Norbert Fuss

Nummer des Versicherungsverreters
Broker number

PHA 0412

ALC Health ist ein Handelsname von International Medical Group Limited und IMG Europe AB.
ALC Health is a trading name of International Medical Group Limited and IMG Europe AB.

Die à la carte healthcare limited wurde von der Financial Conduct Authority (FCA) zugelassen und wird von dieser kontrolliert. Eingetragen in England unter der Nummer 4163178. Eingetragener Geschäftssitz: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex BN43 6BF.

International Medical Group Limited is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (311496). Registered in England & Wales (4163178). Registered office: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex, BN43 6BF.

IMG Europe AB ist von der schwedischen Finanzaufsichtsbehörde (71922) zugelassen und reguliert und ist bei der Financial Conduct Authority (1003200) als autorisierter Vertreter eingetragen. Eingetragen in Schweden (559405-0469). Eingetragener Sitz: c/o SiriusPoint International, Fleminggatan 14, 112 26, Stockholm, Schweden. Niederlassung im Vereinigten Königreich (BR025974), Büroadresse: 3. Etage, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, Großbritannien.

IMG Europe AB is authorised and regulated by the Swedish Financial Supervisory Authority (71922) and is registered as an Authorised Representative by the Financial Conduct Authority (1003200). Registered in Sweden (559405-0469). Registered office: c/o SiriusPoint International, Fleminggatan 14, 112 26, Stockholm, Sweden. UK establishment (BR025974) office address: 3rd Floor, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, UK.

0424