

# Krankenversicherungsantragsformular mit eine umfassende Gesundheitserklärung (Deutschland) Full Medical Underwriting application (Germany)

Versichert durch SiriusPoint International Insurance Corporation  
Underwritten by SiriusPoint International Insurance Corporation

Full Medical Underwriting (FMU) - Hier bitten wir Sie um Ihre vollständige Krankengeschichte. Basierend auf den erhaltenen Informationen prüfen wir, welche Versicherungsbedingungen wir Ihnen anbieten können und welche Ausschlusskriterien möglicherweise gelten. Wenn Ihnen Sonderbedingungen eingeräumt wurden, werden diese auf Ihrem Versicherungsschein/Ihrer Versicherungserklärung angegeben.  
Full Medical Underwriting (FMU) - This is where we ask for details of your full medical history. Based on the information received we will confirm what terms we are able to offer you and any exclusions that may apply. Where special terms have been offered these will be detailed on your certificate/declaration of insurance.

## Ausfüllen dieses Formulars

### Filling out this form

- Verwenden Sie bitte diesen Vordruck, um einen unserer vier globalen Prima Medical Insurance-Tarife zu beantragen.
- Use this form to apply for one of our four Global Prima Medical Insurance Plans.
- Beantworten Sie bitte alle nachstehenden Fragen ausführlich, weil sie für die Bereitstellung dieser Krankenversicherung und die Festsetzung der Versicherungsbedingungen und der Versicherungsprämie von Bedeutung sind. Bitte kontaktieren Sie uns, falls Sie die Fragen oder die erforderlichen Auskünfte nicht verstehen, oder lassen Sie sich von Ihrem Versicherungsvertreter beraten. Die Nichtbereitstellung dieser Angaben oder die Bereitstellung von unvollständigen oder ungenauen Informationen kann zu einem Deckungsverlust oder anderen Regressansprüchen führen. Bitte denken Sie daran, die Erklärung auf Seite 7 zu unterschreiben.
- 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 7.
- Bitte schreiben Sie leserlich und in Großbuchstaben.
- Please write clearly using capital letters.
- 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).
- Wenn Sie eine Kopie dieses Antragsformulars benötigen, teilen Sie es uns bitte binnen 3 Monaten mit.
- If you'd like a copy of this application form, please let us know within 3 months.

## Was folgt nun?

### What's next?

- Senden Sie uns Ihr ausgefülltes Formular unter Verwendung **einer** odieser Optionen.
- Send your completed form back to us using **one** of these options:
  - **Email:** [privateclient@alchealth.com](mailto:privateclient@alchealth.com)
  - **Post:** ALC Health, 3rd Floor, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL, United Kingdom
- Wir werden Ihnen innerhalb von 5 Arbeitstagen die Vertragsbedingungen schriftlich zusenden und Sie um Ihre Überweisung bitten.
- We'll write to you with your terms and requesting payment within 5 working days.
- Sobald wir Ihre Überweisung erhalten haben, senden wir Ihnen die Versicherungsunterlagen zu.
- Then, once we've received your payment, we'll send your policy documentation.

## 1 Auswahl des eVersicherungsschutzes Choosing your level of cover

Bitte wählen Sie **die nachstehenden Versicherungspläne** aus, die für alle Personen in diesem Versicherungsantrag gelten sollen, und kreuzen Sie dann die Kästchen an, um Ihren Versicherungsschutz zu bestimmen.

Weitere Informationen zu unseren Versicherungstarifen finden Sie unter [www.alchealth.com](http://www.alchealth.com) oder scannen Sie einfach mit Ihrem Smartphone diesen Code →

Please select **the plans** below to cover everyone on this application, then tick the boxes to choose your level of cover.

For more information on our plans, visit [www.alchealth.com](http://www.alchealth.com) or simply scan this code with your smartphone →



BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	PLATINUM
<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung In-patient, day-patient, and out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung In-patient, day-patient, and out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung In-patient, day-patient, and out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung In-patient, day-patient, and out-patient treatment
<input checked="" type="checkbox"/> Rückführung oder Rücktransport Evacuation or Repatriation	<input checked="" type="checkbox"/> Rückführung oder Rücktransport Evacuation or Repatriation	<input checked="" type="checkbox"/> Rückführung oder Rücktransport Evacuation or Repatriation	<input checked="" type="checkbox"/> Rückführung oder Rücktransport Evacuation or Repatriation
Höchstbetrag für normale Schwangerschaft und Geburt: Routine Pregnancy & Childbirth limit: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> £5,000/€5,000/US\$5,000 <input type="checkbox"/> £10,000/€10,000/US\$10,000 <input type="checkbox"/> £20,000/€20,000/US\$20,000	Höchstbetrag für normale Schwangerschaft und Geburt: Routine Pregnancy & Childbirth limit: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> £5,000/€5,000/US\$5,000 <input type="checkbox"/> £10,000/€10,000/US\$10,000 <input type="checkbox"/> £20,000/€20,000/US\$20,000	Höchstbetrag für normale Schwangerschaft und Geburt: Routine Pregnancy & Childbirth limit: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> £5,000/€5,000/US\$5,000 <input type="checkbox"/> £10,000/€10,000/US\$10,000 <input type="checkbox"/> £20,000/€20,000/US\$20,000	Höchstbetrag für normale Schwangerschaft und Geburt: Routine Pregnancy & Childbirth limit: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> £5,000/€5,000/US\$5,000 <input type="checkbox"/> £10,000/€10,000/US\$10,000 <input type="checkbox"/> £20,000/€20,000/US\$20,000
Höchstbetrag für Zahnbehandlungen Dental Treatment Limit <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> £1,000/€1,000/US\$1,000 <input type="checkbox"/> £2,000/€2,000/US\$2,000	Höchstbetrag für Zahnbehandlungen Dental Treatment Limit <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> £1,000/€1,000/US\$1,000 <input type="checkbox"/> £2,000/€2,000/US\$2,000	Höchstbetrag für Zahnbehandlungen Dental Treatment Limit <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> £1,000/€1,000/US\$1,000 <input type="checkbox"/> £2,000/€2,000/US\$2,000	Höchstbetrag für Zahnbehandlungen Dental Treatment Limit <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> £1,000/€1,000/US\$1,000 <input type="checkbox"/> £2,000/€2,000/US\$2,000
Versicherungsgebiet: Area of cover:			
<input type="checkbox"/> Gebiet 1 - Europa Area 1 - Europe <input type="checkbox"/> Gebiet 2 - Weltweit außer in den USA und allen amerikanischen Bundesstaaten. Area 2 - Worldwide excluding USA and any USA territories. <input type="checkbox"/> Gebiet 3 - Weltweit Area 3 - Worldwide	<input type="checkbox"/> Gebiet 1 - Europa Area 1 - Europe <input type="checkbox"/> Gebiet 2 - Weltweit außer in den USA und in allen amerikanischen Bundesstaaten. Area 2 - Worldwide excluding USA and any USA territories. <input type="checkbox"/> Gebiet 3 - Weltweit Area 3 - Worldwide	<input type="checkbox"/> Gebiet 1 - Europa Area 1 - Europe <input type="checkbox"/> Gebiet 2 - Weltweit außer in den USA und in allen amerikanischen Bundesstaaten. Area 2 - Worldwide excluding USA and any USA territories. <input type="checkbox"/> Gebiet 3 - Weltweit Area 3 - Worldwide	<input type="checkbox"/> Gebiet 1 - Europa Area 1 - Europe <input type="checkbox"/> Gebiet 2 - Weltweit außer in den USA und in allen amerikanischen Bundesstaaten. Area 2 - Worldwide excluding USA and any USA territories. <input type="checkbox"/> Gebiet 3 - Weltweit Area 3 - Worldwide
In welcher Währung möchten Sie Ihre Prämie entrichten? Ihre Versicherungsleistungen werden ebenfalls in dieser Währung ausgezahlt. In which currency would you like to pay your premium? Your policy benefits will also be in this currency.			
<input type="checkbox"/> GBP£ <input type="checkbox"/> EURO <input type="checkbox"/> US\$D			
Wie hoch soll Ihre Selbstbeteiligung sein? Die Selbstbeteiligung wird pro Person und pro Versicherungsjahr berechnet und gilt nicht für Schwangerschafts- und Entbindungsoptionen, Zahnbehandlungen, Rückführung oder Rücktransport, Wellness, Augenoptik und Schutzimpfungen. Wählen Sie einen höheren Selbstbeteiligungsbeitrag, um Ihren Versicherungsbeitrag zu reduzieren. How much excess would you like to pay? Excess is per person per policy year and does not apply to Routine Pregnancy & Childbirth and Dental Treatment options, Evacuation or Repatriation, Well-being, Optical and Vaccinations benefits. To reduce your premium amount, choose a higher policy excess.			
<input type="checkbox"/> Null / Nil <input type="checkbox"/> £500/€500/US\$500 <input type="checkbox"/> £7,500/€7,500/US\$7,500	<input type="checkbox"/> £50/€50/US\$50 <input type="checkbox"/> £1,000/€1,000/US\$1,000	<input type="checkbox"/> £150/€150/US\$150 <input type="checkbox"/> £2,500/€2,500/US\$2,500	<input type="checkbox"/> £300/€300/US\$300 <input type="checkbox"/> £5,000/€5,000/US\$5,000
Wie möchten Sie Ihre Versicherungsbeiträge bezahlen? Wir werden Ihnen nach Annahme Ihres Aufnahmeantrags die entsprechenden Informationen zukommen lassen. How would you like to pay your premium? We'll send details following acceptance of your application.			
<input type="checkbox"/> Jährlich / Annually <input type="checkbox"/> Vierteljährlich / Quarterly <input type="checkbox"/> Monatlich / Monthly	<input type="checkbox"/> Kredit-/Debitkarte / Credit/Debit Card <input type="checkbox"/> Kredit-/Debitkarte / Credit/Debit Card <input type="checkbox"/> Kredit-/Debitkarte / Credit/Debit Card	<input type="checkbox"/> SEPA-Lastschreifeinzug / SEPA Direct Debit <input type="checkbox"/> SEPA-Lastschreifeinzug / SEPA Direct Debit <input type="checkbox"/> SEPA-Lastschreifeinzug / SEPA Direct Debit	<input type="checkbox"/> Banküberweisung / Bank Transfer <input type="checkbox"/> Banküberweisung / Bank Transfer <input type="checkbox"/> Banküberweisung / Bank Transfer
# SEPA-Lastschriftzahlungen ausschließlich von EU/EWR-Bankkonten. # SEPA Direct Debit payments from EU/EEA bank accounts only.			

## 2 Zahlungsangaben Your details

### Angaben zum Versicherten / Policyholder details

Anrede / Title

Herr/Mr  Frau/Mrs  Frau/Miss  Frau/Ms  Andere/Other:

Vorname(n)/First name(s)

Name(n)/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 genaue Angaben machen)/ Occupation (please give full details)

Nationalität/Nationality

E-Mail Adresse/ Email address

Wohnsitzland/ Country of Residence

Ist der Versicherte durch diese Versicherungspolice versichert?

Is the Policyholder to be insured under this policy?

Ja  
Yes

Nein  
No

Wohnsitzadresse/Residence Address

  
  
  
  
Postleitzahl: Land:  
Postcode: Country:

Korrespondenzadresse (falls abweichend): Correspondence address (if different)

  
  
  
  
Postleitzahl: Land:  
Postcode: Country:

Telefonnummern/ Phone numbers

Privat:  
Home:

Beruflich:  
Work:

Mobiltelefon:  
Mobile:

Fax:

### Informationen zu einem weiteren Familienmitglied/Additional family member details

Bitte geben Sie alle weiteren Familienmitglieder an, die durch diese Versicherungspolice versichert werden sollen. Dazu gehört Ihr Ehegatte/Partner und Ihre Kinder unter 25 Jahren, die mit Ihnen dauerhaft zusammenleben oder eine Vollzeitausbildung machen.

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.

Falls Sie mehr als vier zusätzliche Familienmitglieder versichern möchten, müssen Sie diese Seite fotokopieren, bevor Sie mit dem Ausfüllen dieses Abschnitts anfangen. und nummerieren Sie jedes Blatt anhand der Kästchen auf der rechten Seite, damit wir die Übersicht nicht verlieren.

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 von

Copy number of

#### 1<sup>tes</sup> Familienmitglied / 1<sup>st</sup> 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)      Gewicht (kg/lbs)  
Height (cm/ft)      Weight (kg/lbs)

Verhältnis zum Versicherten  
Relationship to policyholder

Branche  
Industry

Beruf  
Occupation

Staatsangehörigkeit  
Nationality

Wohnsitzland  
Country of residence

#### 2<sup>tes</sup> Familienmitglied / 2<sup>nd</sup> 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)      Gewicht (kg/lbs)  
Height (cm/ft)      Weight (kg/lbs)

Verhältnis zum Versicherten  
Relationship to policyholder

Branche  
Industry

Beruf  
Occupation

Staatsangehörigkeit  
Nationality

Wohnsitzland  
Country of residence

#### 3<sup>tes</sup> Familienmitglied / 3<sup>rd</sup> 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)      Gewicht (kg/lbs)  
Height (cm/ft)      Weight (kg/lbs)

Verhältnis zum Versicherten  
Relationship to policyholder

Branche  
Industry

Beruf  
Occupation

Staatsangehörigkeit  
Nationality

Wohnsitzland  
Country of residence

#### 4<sup>tes</sup> Familienmitglied/4<sup>th</sup> 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)      Gewicht (kg/lbs)  
Height (cm/ft)      Weight (kg/lbs)

Verhältnis zum Versicherten  
Relationship to policyholder

Branche  
Industry

Beruf  
Occupation

Staatsangehörigkeit  
Nationality

Wohnsitzland  
Country of residence

## Angaben zum behandelnden Arzt / Medical Practitioner's Details

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem jetzigen behandelnden Arzt oder zu dem Arzt, 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:		Anschrift: / Address:	
Name des Versicherten oder eines Familienmitglieds: Policyholder or Family Member's Name:			
E-Mail Adresse: Email address:		Postleitzahl: Postcode:	
		Land: Country:	
Tel:	Fax:	Grund der Teilnahme: Reason for attendance:	
Datum der letzten Teilnahme [1]MM-JJJJ): Date of last attendance MM-YYYY)			

Name:		Anschrift: / Address:	
Name des Versicherten oder eines Familienmitglieds: Policyholder or Family Member's Name:			
E-Mail Adresse: Email address:		Postleitzahl: Postcode:	
		Land: Country:	
Tel:	Fax:	Grund der Teilnahme: Reason for attendance:	
Datum der letzten Teilnahme [1]MM-JJJJ): Date of last attendance MM-YYYY)			

Name:		Anschrift: / Address:	
Name des Versicherten oder eines Familienmitglieds: Policyholder or Family Member's Name:			
E-Mail Adresse: Email address:		Postleitzahl: Postcode:	
		Land: Country:	
Tel:	Fax:	Grund der Teilnahme: Reason for attendance:	
Datum der letzten Teilnahme [1]MM-JJJJ): Date of last attendance MM-YYYY)			

Name:		Anschrift: / Address:	
Name des Versicherten oder eines Familienmitglieds: Policyholder or Family Member's Name:			
E-Mail Adresse: Email address:		Postleitzahl: Postcode:	
		Land: Country:	
Tel:	Fax:	Grund der Teilnahme: Reason for attendance:	
Datum der letzten Teilnahme [1]MM-JJJJ): Date of last attendance MM-YYYY)			

## Gesundheitserklärung

### Health Declaration

Bitte antworten Sie für jede Person, die eine Kostenübernahme beantragt.  
Please answer for each person applying for cover

Exemplarnummer  von   
Copy number  of

Versicherter Policyholder	1 <sup>tes</sup> Familienmitglied 1 <sup>st</sup> family member	2 <sup>tes</sup> Familienmitglied 2 <sup>nd</sup> family member	3 <sup>tes</sup> Familienmitglied 3 <sup>rd</sup> family member	4 <sup>tes</sup> Familienmitglied 4 <sup>th</sup> family member
1) Befinden Sie oder ein anderer Antragsteller sich derzeit in einem Krankenhaus, stehen Sie auf einer Warteliste für einen Krankenhausaufenthalt oder eine Operation oder benötigen Sie eine solche? 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) Befinden Sie sich derzeit in einer laufenden Behandlung wegen einer Krebserkrankung oder wurde in den letzten zwölf Monaten eine solche Diagnose gestellt? 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, diagnostiziert oder behandelt, z. B. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS Related Complex (ARC) Lymphadenopathy 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 beachten Sie, dass eine Person, die eine der obigen Fragen mit JA beantwortet hat, nicht für diese Versicherung in Frage kommt.  
Please note if a person has answered YES to any question above, he or she does not qualify for this insurance.

# Medizinische Vorgeschichte / Medical history

Exemplarnummer  von   
Copy number  of

Versicherter Policyholder	1 <sup>tes</sup> Familienmitglied 1 <sup>st</sup> family member	2 <sup>tes</sup> Familienmitglied 2 <sup>nd</sup> family member	3 <sup>tes</sup> Familienmitglied 3 <sup>rd</sup> family member	4 <sup>tes</sup> Familienmitglied 4 <sup>th</sup> family member
------------------------------	--	--	--	--

1) Wurden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren folgende Krankheiten diagnostiziert, behandelt, medikamentös behandelt oder traten Symptome auf: a) Krebs (aktiv oder in Remission) b) Schlaganfall d) Diabetes, Hyperglykämie oder Hypoglykämie, e) Asthma oder Allergien, f) Angstzustände / Depressionen / psychische Erkrankungen

1) In the last 5 years have you been diagnosed with, had treatment, medication or symptoms related to:

a) Cancer (whether active or if in remission) b) Heart c) Stroke d) Diabetes, hyperglycemia or hypoglycemia, e) Asthma or Allergies, f) Anxiety / depression / psychiatric conditions

a) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	a) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	a) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	a) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	a) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein
b) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	b) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	b) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	b) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	b) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein
c) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	c) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	c) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	c) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	c) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein
d) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	d) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	d) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	d) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	d) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein
e) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	e) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	e) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	e) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	e) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein
f) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	f) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	f) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	f) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	f) <input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein

2) Wurden Sie in den letzten 5 Jahren in einem Krankenhaus behandelt oder waren Sie in einem Pflegeheim untergebracht, haben Sie einen Arzt, einen Heilpraktiker oder einen Facharzt aufgesucht oder hatten Sie eine Krankheit, die ständig wieder auftritt?

2) During the last 5 years, have you had any treatment in hospital or stayed in a nursing home, consulted a doctor, medical practitioner or specialist, or suffered from an illness which keeps returning?

<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein
--	--	--	--	--

3) Sind bei Ihnen Behandlungen, Konsultationen, Untersuchungen, diagnostische Tests oder Kontrolluntersuchungen vorgesehen, stehen Sie an oder warten Sie auf ihre Ergebnisse?

3) Do you have any treatment, consultations, investigations, diagnostic tests or check-ups, planned, pending or awaiting results?

<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein
--	--	--	--	--

4) Hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine Erkrankung oder ein Gesundheitsproblem, ungeachtet dessen, ob ein Arzt konsultiert wurde oder nicht?

Zum Beispiel gynäkologische oder menstruationsbedingte Probleme, Schwangerschaftskomplikationen, Anzeichen oder Symptome von Krampfadern, Rückenbeschwerden, Gelenkerkrankungen, Gelenkersatz, Fußprobleme (z. B. Ballenzehen), Verdauungsstörungen oder Darmprobleme, Bauchschmerzen, Hautprobleme, Allergien, Angstzustände, Depressionen oder andere psychiatrische Probleme, Probleme mit dem Herzen, den Gliedmaßen, den Ohren, den Augen, dem Wasserlassen usw.

4) Have you had any medical condition, or health problem, whether or not a doctor has been consulted during the last 5 years?

For example, gynaecological or menstrual problems, complications of pregnancy, signs or symptoms of varicose veins, back trouble, joint disorders, joint replacements, foot problems (eg bunions), indigestion or bowel problems, abdominal pain, skin problems, allergies, anxiety, depression or other psychiatric problems, trouble with heart, limbs, ears, eyes, urination etc.

<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein
--	--	--	--	--

5) Nehmen Sie derzeit irgendwelche Medikamente ein (ob auf Rezept oder nicht)?

5) Are you currently on any medications (whether prescribed or not)?

<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein
--	--	--	--	--

6) Hatten Sie zu irgendeinem Zeitpunkt in Ihrem Leben eine Erkrankung, die sich auf Ihre spätere Gesundheit auswirken könnte?

Bitte geben Sie alle ärztlichen Untersuchungen, Konsultationen, Empfehlungen, Beratungen, Operationen, Medikamente oder Behandlungen an, die Sie in Anspruch genommen haben, zu denen Ihnen geraten wurde oder die Sie derzeit in Anspruch nehmen, die Sie aber bisher nicht erwähnt haben.

6) Have you at any time in your life had any condition which may have an affect on your future health?

Please declare any medical investigation, consultation, advice, counselling, operation, medication or treatment that you have had or have been advised to have or are currently having, but have not previously mentioned.

<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein	<input type="checkbox"/> Yes / Ja <input type="checkbox"/> No / Nein
--	--	--	--	--

Unter Behandlung versteht man chirurgische oder medizinische Eingriffe, einschließlich (organischer und synthetischer) Medikamente, die von einem Arzt/Facharzt verschrieben werden und zur Diagnose, Linderung oder Heilung einer Krankheit, eines Leidens oder einer Verletzung erforderlich sind. Ein Facharzt ist jeder Arzt, auch ein Psychiater, der nicht Ihr Hausarzt ist.

By treatment we mean surgical or medical intervention including drugs (both organic and synthetic) prescribed by a medical practitioner/specialist, that are needed to diagnose, relieve or cure a disease, illness or injury. A specialist is any doctor, including psychiatrist who is not your usual practitioner.

## Angabe von Krankheiten / Declaring illnesses

Wenn Sie auf eine der obigen Fragen mit Ja geantwortet haben, müssen Sie hier umfassende Angaben machen.

If you've answered yes to any of the questions above, you must give full details here.

Auf welche Frage bezieht sich diese Aussage?

Which question does this declaration relate to?

Vollständiger Name / Full name

Zeitpunkt des Beginns der Symptome/Krankheit (MM-JJJJ)

Date symptoms/illness first started (MM-YYYY)

Krankheitsdauer (z. B. zwei Wochen) oder ist die Krankheit noch andauernd

Duration of illness (e.g two weeks) or is it still ongoing

Ihr derzeitiger Gesundheitszustand bezüglich dieser Krankheit

Your present state of health in respect of this illness

Kurze Krankheitsbeschreibung oder Bezeichnung der Erkrankung/Diagnose (falls bekannt)

Brief description of illness or name of condition/diagnosis (if known)

Angaben zu Behandlungen/Medikamenten, derzeitige Medikamente/Typen und Dosierungen sowie Angaben zu künftigen Konsultationen/Behandlungen, die vorgesehen oder geplant sind

Wenn bei Ihnen Diabetes, Bluthochdruck oder ein hoher Cholesterinspiegel festgestellt wurde (unabhängig davon, ob er medikamentös eingestellt ist oder nicht), geben Sie bitte zusätzlich zu den oben genannten Angaben die Ergebnisse der letzten drei Tests an (einschließlich Datum) und bestätigen Sie, wie oft Sie Ihren Arzt aufsuchen müssen.

If you have been diagnosed with Diabetes, High Blood Pressure or High Cholesterol (whether controlled by medication or not), in addition to the above please provide your last three tests results (including dates) together with confirmation of how often you have to follow up with your medical practitioner.

Auf welche Frage bezieht sich diese Aussage?  
Which question does this declaration relate to?

Vollständiger Name / Full name

Zeitpunkt des Beginns der Symptome/Krankheit (MM-JJJJ)  
Date symptoms/illness first started (MM-YYYY)

Krankheitsdauer (z. B. zwei Wochen) oder ist die Krankheit noch andauernd  
Duration of illness (e.g two weeks) or is it still ongoing

Ihr derzeitiger Gesundheitszustand bezüglich dieser Krankheit  
Your present state of health in respect of this illness

Wenn bei Ihnen Diabetes, Bluthochdruck oder ein hoher Cholesterinspiegel festgestellt wurde (unabhängig davon, ob er medikamentös eingestellt ist oder nicht), geben Sie bitte zusätzlich zu den oben genannten Angaben die Ergebnisse der letzten drei Tests an (einschließlich Datum) und bestätigen Sie, wie oft Sie Ihren Arzt aufsuchen müssen.  
If you have been diagnosed with Diabetes, High Blood Pressure or High Cholesterol (whether controlled by medication or not), in addition to the above please provide your last three tests results (including dates) together with confirmation of how often you have to follow up with your medical practitioner.

Kurze Krankheitsbeschreibung oder Bezeichnung der Erkrankung/Diagnose (falls bekannt)  
Brief description of illness or name of condition/diagnosis (if known)

Angaben zu Behandlungen/Medikamenten, derzeitige Medikamente/Typen und Dosierungen sowie Angaben zu künftigen Konsultationen/Behandlungen, die vorgesehen oder geplant sind  
Details of treatment/medication received, current medication/types and dosages, and details of any future consultations/treatment anticipated or planned

Auf welche Frage bezieht sich diese Aussage?  
Which question does this declaration relate to?

Vollständiger Name / Full name

Zeitpunkt des Beginns der Symptome/Krankheit (MM-JJJJ)  
Date symptoms/illness first started (MM-YYYY)

Krankheitsdauer (z. B. zwei Wochen) oder ist die Krankheit noch andauernd  
Duration of illness (e.g two weeks) or is it still ongoing

Ihr derzeitiger Gesundheitszustand bezüglich dieser Krankheit  
Your present state of health in respect of this illness

Wenn bei Ihnen Diabetes, Bluthochdruck oder ein hoher Cholesterinspiegel festgestellt wurde (unabhängig davon, ob er medikamentös eingestellt ist oder nicht), geben Sie bitte zusätzlich zu den oben genannten Angaben die Ergebnisse der letzten drei Tests an (einschließlich Datum) und bestätigen Sie, wie oft Sie Ihren Arzt aufsuchen müssen.  
If you have been diagnosed with Diabetes, High Blood Pressure or High Cholesterol (whether controlled by medication or not), in addition to the above please provide your last three tests results (including dates) together with confirmation of how often you have to follow up with your medical practitioner.

Kurze Krankheitsbeschreibung oder Bezeichnung der Erkrankung/Diagnose (falls bekannt)  
Brief description of illness or name of condition/diagnosis (if known)

Angaben zu Behandlungen/Medikamenten, derzeitige Medikamente/Typen und Dosierungen sowie Angaben zu künftigen Konsultationen/Behandlungen, die vorgesehen oder geplant sind  
Details of treatment/medication received, current medication/types and dosages, and details of any future consultations/treatment anticipated or planned

Auf welche Frage bezieht sich diese Aussage?  
Which question does this declaration relate to?

Vollständiger Name / Full name

Zeitpunkt des Beginns der Symptome/Krankheit (MM-JJJJ)  
Date symptoms/illness first started (MM-YYYY)

Krankheitsdauer (z. B. zwei Wochen) oder ist die Krankheit noch andauernd  
Duration of illness (e.g two weeks) or is it still ongoing

Ihr derzeitiger Gesundheitszustand bezüglich dieser Krankheit  
Your present state of health in respect of this illness

Wenn bei Ihnen Diabetes, Bluthochdruck oder ein hoher Cholesterinspiegel festgestellt wurde (unabhängig davon, ob er medikamentös eingestellt ist oder nicht), geben Sie bitte zusätzlich zu den oben genannten Angaben die Ergebnisse der letzten drei Tests an (einschließlich Datum) und bestätigen Sie, wie oft Sie Ihren Arzt aufsuchen müssen.  
If you have been diagnosed with Diabetes, High Blood Pressure or High Cholesterol (whether controlled by medication or not), in addition to the above please provide your last three tests results (including dates) together with confirmation of how often you have to follow up with your medical practitioner.

Kurze Krankheitsbeschreibung oder Bezeichnung der Erkrankung/Diagnose (falls bekannt)  
Brief description of illness or name of condition/diagnosis (if known)

Angaben zu Behandlungen/Medikamenten, derzeitige Medikamente/Typen und Dosierungen sowie Angaben zu künftigen Konsultationen/Behandlungen, die vorgesehen oder geplant sind  
Details of treatment/medication received, current medication/types and dosages, and details of any future consultations/treatment anticipated or planned

If there is insufficient space on this form please provide details on a separate sheet and attach it to this declaration.

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

Hierbei geht es lediglich um eine Zusammenfassung der Datenschutzrichtlinien von ALC Health und Ihrer Rechte nach der DSGVO. Für eine umfassende Erläuterung, wie wir Ihre personenbezogenen Daten erfassen und verarbeiten und welche Rechte Sie haben, lesen Sie bitte unsere vollständige Datenschutzrichtlinie, die Sie 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 sammelt viele Arten von Informationen, um effektiv zu arbeiten und Ihnen die bestmöglichen Produkte, Dienstleistungen und Erfahrungen zu bieten. Unabhängig von der Quelle halten wir es für wichtig, diese Informationen mit Sorgfalt zu behandeln und Ihnen zu helfen, Ihre Privatsphäre zu wahren.

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 Ihre Zustimmung zur Datenverarbeitung erteilen, werden wir Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten, um die von Ihnen erworbenen Dienstleistungen zu erbringen, einschließlich der Verwaltung von Ansprüchen und des Erhalts von Mitteilungen an die Mitglieder, in Übereinstimmung mit unserer Datenschutzrichtlinie. Wenn Sie Ihre Zustimmung zu Marketingzwecken erteilen, werden wir Ihnen einschlägige Informationen und künftiges Marketingmaterial zu Produkten oder Dienstleistungen, an denen Sie Interesse haben könnten, sowie zu allen anderen in unserer Datenschutzrichtlinie genannten Zwecken zusenden. Sie können Ihre Zustimmung 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 Zustimmung 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 Zustimmung 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 weitergeben, die in unserem Auftrag Dienstleistungen erbringen, um uns bei unseren Geschäftsaktivitäten zu unterstützen. Diese Unternehmen sind befugt, Ihre persönlichen Daten nur in dem Maße zu verwenden, wie es für die Erbringung dieser Dienstleistungen für uns erforderlich ist. Wenn wir Informationen an diese anderen Unternehmen weitergeben, um Dienstleistungen für uns zu erbringen, dürfen sie diese nicht für andere Zwecke verwenden und müssen sie vertraulich behandeln. Diese Dienstleistungen können 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:

- Bearbeitung und Verwaltung der Anträge
- Adjudicating and managing the claims process
- Bearbeitung von Zahlungen an Dienstleistungserbringer im Gesundheitswesen
- Payment processing to healthcare providers
- Erbringung von Kundendienstleistungen
- Providing customer service

In gewissen Situationen ist ALC Health möglicherweise verpflichtet, aufgrund rechtmäßiger Aufforderungen durch Behörden personenbezogene Daten offenzulegen, auch um Anforderungen der nationalen Sicherheit oder der Strafverfolgung zu erfüllen.

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 Hinweis zur fairen Verarbeitung Fair Processing Notice

In diesem Datenschutzhinweis wird beschrieben, wie die SiriusPoint International Insurance Corporation (im Sinne dieses Hinweises "wir", "uns" oder der „Versicherer“) personenbezogene Daten von Versicherten, Antragstellern und anderen Parteien (im Sinne dieses Hinweises „Sie“) erhebt und verwendet, wenn wir unsere Versicherungs- und Rückversicherungsdienstleistungen anbieten.

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 andere Informationen, die wir von Ihnen oder von anderen Parteien im Zusammenhang mit dieser Police erhalten haben, werden vom Versicherer für die Bearbeitung Ihres Antrags, die Abwicklung der Versicherung (einschließlich des Underwritings, der Verwaltung, des Schadenmanagements, der versicherungsrelevanten Analysen, der Rehabilitierung und der Bearbeitung von Kundenanliegen) sowie für die Verhinderung und Aufdeckung von Betrug verwendet. Es kann sein, dass wir gesetzlich verpflichtet sind, bestimmte personenbezogene Daten über Sie zu erheben, oder dass dies die Folge einer vertraglichen Beziehung ist, die wir mit Ihnen haben. Die Nichtbereitstellung dieser Informationen kann die Erfüllung dieser Verpflichtungen verhindern 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 weitergegeben. Diese Parteien können in Bezug auf Ihre persönlichen Informationen zu Datenverantwortlichen werden. Da wir als Teil eines globalen Unternehmens tätig sind, können wir Ihre personenbezogenen Daten zu diesen Zwecken außerhalb des

Europäischen Wirtschaftsraums übermitteln.

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 lokalen Gesetzgebung bestimmte Rechte bezüglich Ihrer personenbezogenen Daten. Dazu gehören die Ansprüche auf Einsichtnahme, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Widerspruch und Erhalt Ihrer personenbezogenen Daten in einem brauchbaren elektronischen Format sowie auf deren Übermittlung an Dritte (Recht auf Übertragbarkeit).

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](mailto: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](mailto:DPOLondon@siruspt.com)

Wir bemühen uns, mit Ihnen eine faire Lösung für alle Ihre Anliegen oder Bedenken bezüglich des Datenschutzes zu finden. Wenn Sie jedoch der Meinung sind, dass wir Ihnen bei der Bearbeitung Ihrer Anfrage nicht behilflich sein konnten, haben Sie das Recht, eine Beschwerde bei der britischen Datenschutzbehörde (Information Commissioner's Office) einzureichen.

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 vollständigen 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

Die Sprache dieses Versicherungsvertrags ist ausschließlich Englisch, und der gesamte Schriftverkehr zwischen uns wird auf Englisch geführt.

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 Vereinbarung akzeptieren.

Please tick to confirm that you accept this statement.

Wenn Sie nicht wünschen, dass die Vertragssprache Englisch ist, kontaktieren Sie bitte Ihren Versicherungsvertreter oder rufen Sie uns unter der Telefonnummer +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).

### 6 Dokumentation Documentation

Möchten Sie sämtliche Vertragsunterlagen und den zukünftigen Schriftwechsel per E-Mail erhalten? Dann benutzen wir die E-Mail-Adresse von Seite 2.

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

### 7 Frühere Versicherung Previously Insured

Hatten Sie oder ein Familienmitglied, das die Versicherung beantragt, schon einmal eine Versicherung über IMG, IMG Europe oder ALC Health abgeschlossen?

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

Ja Yes  Nein No

Zertifikat/Vertragsnummer:  
Certificate/Policy Number:

(Falls ja: Bitte geben Sie die Zertifikatsnummer (falls vorhanden) und die entsprechenden Details an. Wenn Sie „Ja“ auswählen, erklären Sie sich mit Folgendem einverstanden: Sie bestätigen, dass Sie einen komplett neuen Versicherungsschein beantragen und keine Vertragsverlängerung oder Wiederaufnahme eines früheren Versicherungsscheins, den Sie möglicherweise bereits über IMG, IMG Europe oder ALC Health abgeschlossen haben, und dass im Falle der Bewilligung Ihres neuen Antrags durch IMG ein ganz neuer Versicherungszeitraum gemäß den Versicherungsbedingungen und -bestimmungen für den neuen Versicherungsschein beginnt (einschließlich, jedoch nicht ausschließlich, der allgemeinen Versicherungsbedingungen).)

(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 Sonderbedingungen oder -tarifen versichert, wurde Ihnen der Versicherungsschutz vorenthalten oder wurde ein Vertrag mit 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 zum Versicherungsplan:  
Details:

### 8 Sonstige Krankenversicherungen Other Health Insurance

Besitzt der Patient einen anderen Versicherungsplan oder eine andere Versicherung, die auch die Deckung dieser medizinischen Kosten ermöglichen könnte?

Do you hold any other insurance plan or policy that provides cover for medical costs?

Ja Yes  Nein No

Versicherungsschein oder ID-Nummern:  
Policy Certificate or ID Numbers:

Name der privaten Versicherung oder der gesetzlichen Versicherung  
Private insurance or government plan name

Versicherungsunternehmen oder gesetzliche Krankenkasse, die den Versicherungsschutz 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 Angaben Your declaration

- Ich habe die kompletten Versicherungsbedingungen, Versicherungsleistungen, Versicherungsausschlüsse und Versicherungsbedingungen dieses Versicherungsvertrags einschließlich des Allgemeinen Ausschlusses 63 in Bezug auf Vorerkrankungen und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 8 bezüglich des geltenden Rechts zur Kenntnis genommen und akzeptiert. Ich weiß, dass das Antragsformular, der Versicherungsschein oder die Versicherungserklärung (falls außerhalb des EWR oder Großbritanniens) und der Vertragstext Bestandteil des Versicherungsvertrags sind und einen wesentlichen Bestandteil der Versicherungspolice ergeben. Ich weiß, dass der Versicherungsschutz in Übereinstimmung mit der Versicherungspolice geleistet wird. Der allgemeine Ausschluss 63 bezüglich bereits vorhandener Erkrankungen trifft nicht auf die umfassenden medizinischen Deckungsbedingungen zu. Alle personenbezogenen Ausschlusskriterien werden in Ihrer Versicherungsbestätigung/ Versicherungserklärung angegeben.
- I have received and read the full Definitions, Benefits, Exclusions and Condition of this Policy including General Exclusion 63 relating to Pre-existing Conditions and General Condition 8 relating to Governing Law. I understand that the Application Form, Certificate of Insurance or Declaration of Insurance (if outside the EEA or UK) and the Policy Wording make up the contract between us and all form part of the policy. I am aware that cover shall be provided in accordance with the policy. General Exclusion 63 relating to Pre-existing Conditions is not applicable to full medical underwriting terms. Any personal exclusions will be stated on your Certification/Declaration of Insurance.
- Ich/wir erkläre(n), dass die in diesem Versicherungsantrag angegebenen Informationen nach meinem/ unserem besten Wissen und Gewissen sowohl korrekt als auch umfassend sind. Ich/wir habe(n) bei der Offenlegung dieser Informationen keine falschen Angaben gemacht und bin/sind mir/uns bewusst, dass sämtliche bereitgestellten Informationen maßgeblich für die Aufnahme und Beurteilung dieser Krankenversicherung, die Aufnahmebedingungen und die berechnete Versicherungsprämie 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.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die Versicherung innerhalb von 14 Tagen nach Vertragsabschluss gemäß den Versicherungsbedingungen kündigen kann, wenn ich mit dem Vertragsinhalt nicht einverstanden 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.
- Sollte ich angegebene haben, dass ich per Kredit-/Debitkarte zahlen möchte, ermächtige ich ALC Health, mein Konto bis zu 4 Tage vor dem Einzugs-/Verlängerungsdatum mit der betreffenden Versicherungsprämie und allen darauf folgenden fälligen Erneuerungsprämien wie angekündigt abzubuchen, bis ich den Vertrag schriftlich gekündigt habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass ALC Health keine Haftung übernimmt, wenn meine Versicherung im Falle einer Zurückweisung der Kredit-/Debitkarte hinfällig wird und ich nicht innerhalb von 7 Tagen auf Forderungen nach anderen Zahlungsmöglichkeiten 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 Antragsformulars bestätige ich die Versicherung, dass:
  - By signing this form the policyholder confirms that:
    - alle in den Vertrag einbezogenen Personen zugestimmt haben, dass der Versicherte die Erlaubnis hat, in ihrem Namen zu handeln, um diesen Versicherungsvertrag abzuschließen
    - anyone included on the plan has agreed that the policyholder has their permission to act for them to set up this plan
    - der Versicherte im Namen dieser Familienmitglieder und für sich selbst zustimmt, dass ALC Health, seine Versicherungsunternehmen und seine Schadenbearbeiter personenbezogene Daten auf die vorgenannte Weise verarbeiten dürfen.
    - 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.
    - Bei Beantragung von Versicherungsschutz mit einem Wohnsitzland außerhalb des EWR und Großbritanniens oder bei einem Umzug an einen Standort außerhalb des EWR oder Großbritanniens erkennt der Versicherungsnehmer an und erklärt sich damit einverstanden, den Trust zu wählen: 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 deren Rechtsnachfolgern, den oben beantragten Versicherungsschutz, wie er von der Sirius International Insurance Corporation (publ) am Tag des Eingangs dieses Dokuments gezeichnet und angeboten und 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 (publ) on the date of its receipt hereof, and as administered by ALC Health.
- Wenn Sie diese Versicherung über einen Versicherungsvertreter abschließen, nimmt der Versicherungsnehmer zur Kenntnis und erklärt sich damit einverstanden, dass ALC Health bei Abschluss und Erneuerung eine Provision an den Versicherungsvertreter zahlen wird.
- 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 in diesem Antragsformular enthaltenen Hinweis auf die Allgemeine Datenschutzverordnung (GDPR) und die Datenschutzrichtlinie gelesen, die unter <https://www.alchealth.com/privacy.htm> verfügbar ist.
- 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 keine angemessene Sorgfalt walten lassen und die von Ihnen gemachten Angaben 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:
    - Ihren Plan stornieren;
      - Cancel your plan;
    - Ihre Mitgliedschaft für ungültig erklären (Ihr Plan wird so angesehen, als ob er nie abgeschlossen wurde);
      - Declare your membership void (treating your plan as if it had never existed);
    - Änderung der Bedingungen Ihres Tarifs; oder
      - Change the terms of your plan; or
    - Wir können die Bearbeitung eines Anspruchs ganz oder teilweise verweigern oder den Betrag der Schadenzahlungen kürzen.
      - Refuse to deal with all or part of any claim or reduce the amount of any claims payments.
  - Wir können Sie auffordern, weitere Informationen und/oder Unterlagen vorzulegen, um sicherzustellen, dass die Angaben, die Sie uns bei Abschluss, Änderung oder Verlängerung Ihres Tarifs gemacht haben, richtig und vollständig sind.
  - 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.
  - Der Versicherungsschutz tritt erst in Kraft, wenn dieser Antrag vom Versicherer angenommen und die Prämie gezahlt wurde. Der Versicherer behält sich das Recht vor, jeden Versicherungsvorschlag abzulehnen oder in Abhängigkeit von den von Ihnen gemachten Angaben andere Prämien und Bedingungen 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.

## Einwilligungserklärung

### Consent

Ja  
Yes

Nein  
No

Hiermit genehmige ich die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zur Bereitstellung der von mir bezogenen Dienstleistungen, einschließlich der Schadensverwaltung, und zum Empfang von Mitteilungen an die Mitglieder in Übereinstimmung mit 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 erkläre mich damit einverstanden, einschlägige Informationen und anderweitige Mitteilungen von ALC Health zum Versicherungsschutz und zu Leistungsoptionen zu erhalten. Ich weiß, 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 den Versicherungsschutz erst zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch nehmen möchten, müssen Sie uns über etwaige Aktualisierungen der in diesem Versicherungsantrag aufgeführten Angaben informieren, z. B. über eine Aktualisierung Ihres Gesundheitszustandes oder des Gesundheitszustandes eines Ihrer Familienangehörigen. Im Falle einer derartigen Aktualisierung behalten wir uns das Recht vor, die angebotenen Versicherungsbedingungen anzupassen - 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 such a change in your state of health or the state of health of any of your dependants. If there has been a changes we reserve the right to change the terms provided - you cannot apply for cover more than 30 days in advance of completion of this form.

## Bestätigung

### Confirmation

Unterschrift des Versicherten

Policyholder signature

Ihre Unterschrift auf diesem Antrag verpflichtet Sie nicht zum Versicherungsabschluss.

Signing this Application does not bind you to enter into this insurance.

Bitte den vollständigen Namen in DRUCKBUCHSTABEN angeben

Please PRINT name in full

Unterschriftsdatum (TT-MM-JJJJ)

Date signed (DD-MM-YYYY)

--	--	--	--	--	--

Falls Sie eine elektronische Fassung dieses Versicherungsantrags ausfüllen, kreuzen Sie bitte das nachstehende Kästchen an, um die Anmeldung zu bestätigen.

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

Ich bestätige als Versicherter, dass ich diese Deklaration zur Kenntnis genommen und akzeptiert habe. I confirm, as the policyholder, I have read and understood this declaration

Name des Versicherungsvertreters:

Broker name

Norbert Fuss

Nummer des Versicherungsvertreters:

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 ist autorisiert und reguliert von der 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