

Moratorium Antrag (Deutschland) Moratorium Application (Germany)

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

Moratorium - Wir übernehmen keine Kosten für die Heilbehandlung von Krankheiten (oder spezifizierten Krankheiten), die in den letzten fünf Jahren vor Versicherungsbeginn aufgetreten sind. Nach Versicherungsbeginn können jedoch alle zulässigen Vorerkrankungen berücksichtigt werden, wenn Sie seit zwei Jahren ohne Unterbrechung behandlungs-, medikamenten-, symptom- und untersuchungsfrei gewesen sind. Dies hat zur Folge, dass bestimmte bestehende oder immer wiederkehrende Erkrankungen nicht abgedeckt werden.

Moratorium - We do not cover treatment of any medical conditions (or specified condition) that existed during the five years before the start of your policy. However, after joining, all eligible pre-existing conditions may be considered if you have been treatment, medication, symptom and check-up free for a continuous period of two years. As a result, there are some ongoing or recurring medical conditions that will never be covered.

Ausfüllen dieses Formulars

Filling out this form

- Bitte füllen Sie dieses Formular aus, um einen unserer vier Global Prima-Krankenversicherungspläne zu beantragen.
- Use this form to apply for one of our four Global Prima Medical Insurance Plans.
- Beantworten Sie bitte sorgfältig alle folgenden Fragen, die für uns bei der Bereitstellung dieser Versicherung und der Festlegung der Versicherungsbedingungen und der Versicherungsprämie maßgeblich sind. Bitte kontaktieren Sie uns, wenn Sie die Frage oder den Inhalt der erforderlichen Informationen nicht verstanden haben, oder lassen Sie sich von Ihrem Versicherungsvermittler beraten. Wenn Sie keine Angaben machen oder unvollständige oder ungenaue Angaben übermitteln, kann dies zum Wegfall des Versicherungsschutzes oder zu anderen Rechtsbehelfen führen. Vergessen Sie nicht, die Deklaration auf Seite 6 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 6.
- Bitte schreiben Sie leserlich und in Großbuchstaben.
- Please write clearly using capital letters.
- Wenn Sie von einer anderen Versicherungsgesellschaft oder von einer ALC Health-Gruppenversicherung überwechseln, müssen Sie eine Kopie Ihres aktuellen Versicherungsscheins beifügen.
- 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.
- Falls Sie Fragen haben, rufen Sie uns bitte unter der Telefonnummer +44 (0) 1903 817970 (UK) an.
- If you have any questions, call us on +44 (0) 1903 817970 (UK).
- Sollten Sie eine Kopie dieses Antragsformulars wünschen, so lassen Sie uns dies bitte innerhalb von 3 Monaten wissen.
- 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
 - **Post:** ALC Health, 3rd Floor, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL, United Kingdom
- Wir werden Ihnen innerhalb von 5 Arbeitstagen die Vertragsbedingungen schriftlich zukommen lassen und Sie um Ihre Überweisung bitten.
- We'll write to you with your terms and requesting payment within 5 working days.
- Sobald wir Ihre geleistete Zahlung erhalten haben, senden wir Ihnen die 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 wählen Sie die nachstehenden **Tarife** aus, um alle in diesem Antrag erfassten Personen zu versichern, und kreuzen Sie dann die Kästchen an, um den gewünschten Versicherungsumfang zu bestimmen. Weitere Informationen zu unseren Versicherungstarifen finden Sie unter www.alchealth.com oder scannen Sie einfach diesen Code mit Ihrem Smartphone →

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 or simply scan this code with your smartphone →



<input type="checkbox"/> BRONZE PLUS	<input type="checkbox"/> SILVER	<input type="checkbox"/> GOLD	<input type="checkbox"/> PLATINUM
<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre und ambulante Behandlung In-patient, day-patient, and out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre und ambulante Behandlung In-patient, day-patient, and out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre und ambulante Behandlung In-patient, day-patient, and out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre und ambulante Behandlung In-patient, day-patient, and out-patient treatment
<input checked="" type="checkbox"/> Rücktransport oder Rückführung Evacuation or Repatriation	<input checked="" type="checkbox"/> Rücktransport oder Rückführung Evacuation or Repatriation	<input checked="" type="checkbox"/> Rücktransport oder Rückführung Evacuation or Repatriation	<input checked="" type="checkbox"/> Rücktransport oder Rückführung 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

Deckungsbereich: Area of cover:

<input type="checkbox"/> Bereich 1 - Europa Area 1 - Europe	<input type="checkbox"/> Gebiet 1 - Europa Area 1 - Europe	<input type="checkbox"/> Gebiet 1 - Europa Area 1 - Europe	<input type="checkbox"/> Gebiet 1 - Europa Area 1 - Europe
<input type="checkbox"/> Bereich 2 - Weltweit außer in den USA und allen amerikanischen Bundesstaaten. Area 2 - Worldwide excluding USA and any USA territories.	<input type="checkbox"/> Bereich 2 - Weltweit außer in den USA und in allen amerikanischen Bundesstaaten. Area 2 - Worldwide excluding USA and any USA territories.	<input type="checkbox"/> Bereich 2 - Weltweit außer in den USA und in allen amerikanischen Bundesstaaten. Area 2 - Worldwide excluding USA and any USA territories.	<input type="checkbox"/> Bereich 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 3 - Weltweit Area 3 - Worldwide	<input type="checkbox"/> Gebiet 3 - Weltweit Area 3 - Worldwide	<input type="checkbox"/> Gebiet 3 - Weltweit Area 3 - Worldwide

In welcher Währung möchten Sie Ihre Versicherungsbeiträge bezahlen? Ihre Versicherungsleistungen werden ebenfalls in dieser Währung erbracht.

In which currency would you like to pay your premium? Your policy benefits will also be in this currency.

GBP£ EUR€ USD\$

Wie hoch soll Ihre Selbstbeteiligung sein? Die Selbstbeteiligung wird pro Person und Versicherungsjahr berechnet und entfällt bei den Routineleistungen während der Schwangerschaft und Geburt sowie bei den Zusatzleistungen für zahnärztliche Behandlungen, Rücktransport oder Rückführung, Wellness, Augenoptik und Impfungen. 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"/> £50/€50/US\$50 | <input type="checkbox"/> £150/€150/US\$150 | <input type="checkbox"/> £300/€300/US\$300 |
| <input type="checkbox"/> £500/€500/US\$500 | <input type="checkbox"/> £1,000/€1,000/US\$1,000 | <input type="checkbox"/> £2,500/€2,500/US\$2,500 | <input type="checkbox"/> £5,000/€5,000/US\$5,000 |
| <input type="checkbox"/> £7,500/€7,500/US\$7,500 | | | |

Wie möchten Sie Ihren Versicherungsbeitrag bezahlen? Wir werden Ihnen nach der Bearbeitung Ihres Antrags 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"/> Kredit-/Debitkarte / Credit/Debit Card | <input type="checkbox"/> SEPA-Lastschriftinzug / SEPA Direct Debit | <input type="checkbox"/> Banküberweisung / Bank Transfer |
| <input type="checkbox"/> Vierteljährlich / Quarterly | <input type="checkbox"/> Kredit-/Debitkarte / Credit/Debit Card | <input type="checkbox"/> SEPA-Lastschriftinzug / SEPA Direct Debit | <input type="checkbox"/> Banküberweisung / Bank Transfer |
| <input type="checkbox"/> Monatlich / Monthly | <input type="checkbox"/> Kredit-/Debitkarte / Credit/Debit Card | <input type="checkbox"/> SEPA-Lastschriftinzug / SEPA Direct Debit | <input type="checkbox"/> Banküberweisung / Bank Transfer |

SEPA-Lastschriftzahlungen ausschließlich von Bankkonten in der EU/EEA.

SEPA Direct Debit payments from EU/EEA bank accounts only.

2 Ihre Daten 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^{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) 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^{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) 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^{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) 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^{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) 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 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 beantworten Sie für jede Person, die eine Versicherung beantragt die nachstehenden Fragen
Please answer for each person applying for cover

Exemplarnummer
Copy number von of

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
Befinden Sie oder ein anderer Antragsteller sich derzeit in einem Krankenhaus, stehen Sie auf einer Warteliste für einen Krankenhausaufenthalt oder für eine Operation oder müssen Sie sich einer Operation unterziehen? 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 wenn eine Person eine der obigen Fragen mit JA beantwortet hat, sie 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.

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

Hier finden Sie nur eine Zusammenfassung der Datenschutzrichtlinien von ALC Health und Ihre Rechte gemäß DSGVO. Eine umfassende Erläuterung, wie wir Ihre personenbezogenen Daten erfassen und verarbeiten und welche Rechte Sie haben, finden Sie in unserer vollständigen Datenschutzrichtlinie, die 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 arbeiten und Ihnen die bestmöglichen Produkte, Dienstleistungen und Erfahrungen bieten zu können. 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.

Indem Sie Ihre Zustimmung zu Marketingzwecken erteilen, können wir Informationen über Sie von Dritten erheben, die uns dabei helfen, Versicherungsprodukte und -dienstleistungen zu identifizieren, an denen Sie Interesse haben könnten, und Informationen an Dritte weitergeben, wie z. B. Webanalysetools, um Ihnen relevante Informationen und zukünftiges Marketingmaterial zuzusenden, sowie für alle anderen Zwecke, die in unserer Datenschutzrichtlinie aufgeführt sind. 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 weiterleiten, die in unserem Auftrag Dienstleistungen erbringen, um uns bei unseren Geschäftstätigkeiten zu unterstützen. Diese Unternehmen sind berechtigt, Ihre personenbezogenen Daten nur soweit zu verarbeiten, wie es für die Erbringung dieser Dienstleistungen für uns notwendig ist. Wenn wir Informationen an diese Dritten zur Erbringung von Dienstleistungen für uns übermitteln, dürfen sie diese nicht für andere Zwecke einsetzen und müssen sie streng 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:

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

Unter Umständen ist die ALC verpflichtet, personenbezogene Daten aufgrund gesetzlicher Auflagen von Behörden offenzulegen, z. B. zur Einhaltung 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 Hinweis auf faire 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 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 in Verbindung mit dieser Versicherungspolice über Sie erhalten haben, werden vom Versicherungsunternehmen für die Bearbeitung Ihres Antrags, die Durchführung der Versicherung (einschließlich des Übernahmeverpflichtung, der Verwaltung, des Schadenmanagements, der versicherungsbezogenen Statistiken, der Rehabilitation und der Bearbeitung von Kundenanliegen) sowie für die Verhinderung und Aufdeckung von Betrug verwendet. Unter Umständen sind wir gesetzlich dazu verpflichtet, bestimmte personenbezogene Daten über Sie zu erfassen, oder dies ergibt sich aus einer Vertragsbeziehung, die zwischen uns und Ihnen besteht. Werden diese Informationen nicht zur Verfügung gestellt, kann dies dazu führen, dass die entsprechenden Verbindlichkeiten nicht oder nur verzögert erfüllt werden.

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 Versicherungsunternehmen 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. Da wir Teil eines globalen Unternehmens sind, können wir Ihre personenbezogenen Daten zu diesen Zwecken auch 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@siriust.com
If you have questions or concerns regarding the way in which your personal information has been used, please contact: DPOLondon@siriust.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.siriust.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.siriust.com/legal/website-privacy-policy-final.pdf>

5 Sprache Language

Die Sprache des vorliegenden Versicherungsvertrags ist Englisch, und der gesamte Schriftverkehr zwischen uns erfolgt in der englischen Sprache.

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.

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

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

7 Bereits vorher versichert Previously Insured

Haben Sie oder ein Familienmitglied, das den Versicherungsschutz beantragt, bereits 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/Policennummer:
Certificate/Policy Number:

(Falls zutreffend: Bitte geben Sie die Nummer des Versicherungsscheins (falls vorhanden) und die Details an. Wenn Sie Ja wählen, erklären Sie sich mit Folgendem einverstanden: Sie erkennen an, dass Sie einen ganz neuen Versicherungsschein beantragen und keine Vertragsverlängerung oder Wiederinkraftsetzung eines oder mehrerer vorheriger Versicherungsscheine, die Sie möglicherweise bereits über IMG, IMG Europe oder ALC Health erworben haben, und dass, falls ALC Health Ihren neuen Antrag annimmt, damit ein völlig neuer Versicherungszeitraum gemäß den Bedingungen beginnt. Wenn ALC Health Ihren neuen Antrag annimmt, beginnt damit ein neuer Versicherungszeitraum gemäß den Bedingungen und Bestimmungen des neuen Versicherungsscheins (einschließlich, aber nicht beschränkt auf alle Anspruchsvoraussetzungen, Vorerkrankungen und andere Ausschlüsse, Wartezeiten sowie Leistungs-ober- und -untergrenzen des Plans), und Ihr neuer Versicherungsschutz erfüllt nicht die Voraussetzungen für eine fortlaufende Versicherung auf der Grundlage Ihres früheren, abgelaufenen Versicherungsschutzes.)

(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 ALC Health 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 mit Sonderkonditionen oder -tarifen versichert, wurde Ihnen der Versicherungsschutz vorenthalten oder wurde ein Versicherungsvertrag für eine Kranken-, Unfall-, 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 alle Versicherungsunterlagen und den weiteren 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 Weitere Krankenversicherungen Other Health Insurance

Verfügen Sie über eine andere Krankenversicherung oder -police, die zur Deckung von Krankheitskosten beiträgt?

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 des gesetzlichen Krankenversicherungsplans
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)

Abschlussdatum des Versicherungsschutzes (TT-MM-JJJJ):
Coverage End Date (DD-MM-YYYY)

9 Ihre Erklärung Your declaration

- Ich habe die kompletten Versicherungsbedingungen dieser Versicherungspolice erhalten und zur Kenntnis genommen, einschließlich des Allgemeinen Ausschlusses 63 bezüglich bereits bestehender Erkrankungen und der Allgemeinen Bedingung 8 bezüglich des anwendbaren Rechts. Mir ist bekannt, dass das Antragsformular, der Versicherungsschein oder die Versicherungserklärung (falls außerhalb des EWR oder Großbritanniens) und der Wortlaut der Versicherungspolice den Vertrag zwischen uns begründen und alle Teile der Versicherungspolice sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass der Versicherungsschutz in Übereinstimmung mit der Police gewährt wird.
- 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.
- Ich/wir erkläre(n), dass die in diesem Antrag aufgeführten Angaben nach meinem/unserem besten Wissen und Gewissen sowohl korrekt als auch vollständig sind. Ich/wir habe(n) bei der Erteilung dieser Auskünfte keine falschen Angaben gemacht und bin/sind mir/uns darüber im Klaren, dass alle Angaben für das Zustandekommen und die Beurteilung dieser Versicherung, für die Annahmebedingungen und die zu zahlende Versicherungsprämie maßgeblich 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 verstehe, dass ich die Versicherung innerhalb von 14 Tagen nach Vertragsabschluss gemäß den Bestimmungen der Versicherungspolice 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.
- Wenn ich die Zahlung per Kredit-/Debitkarte gewählt habe, ermächtige[4]ich ALC Health, die entsprechende Versicherungsprämie bis zu vier Tage vor dem Einzugs-/Verlängerungsdatum von meinem Konto abzubuchen, sowie alle nachfolgenden Erneuerungsprämien, die entsprechend der Mitteilung fällig werden, bis ich schriftlich die Kündigung dieses Vertrags erkläre. Ich verstehe, dass ALC Health keine Haftung übernimmt, wenn meine Versicherungspolice im Falle einer Nichtbezahlung der Kredit-/Debitkarte erlischt und ich nicht innerhalb von 7 Tagen auf Aufforderungen zu einer anderen Zahlungsmethode eingehe.
- 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 meiner Unterschrift auf diesem Formular bestätige ich als Versicherter, dass:
- By signing this form as the policyholder, I confirm that:
 - alle in den Versicherungsschutz mit einbezogenen Personen haben sich damit einverstanden erklärt, dass der Versicherte in ihrem Namen handeln darf, um diesen Versicherungsschutz 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 erteilt im Namen dieser Familienmitglieder und in seinem eigenen Namen die Zustimmung, dass ALC Health, die Versicherungsunternehmen und die für die Bearbeitung von Schadensfällen verantwortlichen Sachbearbeiter die personenbezogenen Daten wie zuvor erläutert verarbeiten können.
 - 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 der Antrag auf einen Versicherungsschutz mit einem Wohnsitzland außerhalb des EWR und Großbritanniens gestellt wird oder wenn der Versicherte zu einem beliebigen Zeitpunkt an einen Wohnort außerhalb des EWR oder Großbritanniens umzieht, erklärt sich der Versicherte damit einverstanden, den Treuhandservice zu aktivieren: Der Versicherte stellt für jede angemeldete Person einen Antrag an die Conyers Trust Company (Bermuda) Limited, Richmond House, 12 Par-la-Ville Road Hamilton HM 08, Bermuda, oder deren Nachfolgeunternehmen für den hier beantragten Versicherungsschutz, wie er von der Sirius International Insurance Corporation zum Zeitpunkt des Eingangs dieses Antrags abgeschlossen und von ALC Health angeboten wird, und erklärt sich mit diesem Antrag einverstanden.

- 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.
- Für den Fall, dass Sie diese Versicherung über einen Versicherungsvertreter abschließen, akzeptiert der Versicherte, dass ALC Health bei Vertragsabschluss und Vertragsverlängerung eine Vermittlungsprovision an den Versicherungsvertreter entrichtet.
- 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)[4]und die Datenschutzrichtlinie zur Kenntnis genommen, die unter folgender Adresse verfügbar sind <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 mit der nötigen Sorgfaltspflicht vorgehen und die von Ihnen übermittelten Angaben fehlerhaft oder unvollständig sind, sind wir berechtigt, eine der folgenden Maßnahmen zu 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 Versicherungsschutz zu kündigen;
 - Cancel your plan;
 - Ihre Mitgliedschaft als hinfällig zu erklären (Ihren Versicherungsplan so zu betrachten, als ob er noch nie abgeschlossen wurde);
 - Declare your membership void (treating your plan as if it had never existed);
 - die Vertragsbedingungen Ihres Versicherungsschutzes abzuändern; oder
 - Change the terms of your plan; or
 - die gesamte oder partielle Bearbeitung eines Versicherungsanspruchs abzulehnen oder die Höhe der Versicherungsleistungen zu senken.
 - Refuse to deal with all or part of any claim or reduce the amount of any claims payments.
- Wir können von Ihnen weitere Informationen und/oder Unterlagen anfordern, um sicherzustellen, dass die Angaben, die Sie uns bei Vertragsabschluss, -änderung oder -verlängerung gemacht haben, korrekt und umfassend 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 dann in Kraft, wenn dieser Versicherungsantrag vom Versicherungsunternehmen genehmigt und die entsprechende Beitragsprämie entrichtet wurde. Das Versicherungsunternehmen hat das Recht, jeden Versicherungsantrag zurückzuweisen oder aufgrund der von Ihnen übermittelten Angaben andere als die vorgeschlagenen Versicherungsprämien 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.
- Die als ALC Health tätige IMG Europe AB, die von der schwedischen Finanzaufsichtsbehörde (71922) autorisiert und beaufsichtigt wird und von der Financial Conduct Authority (1003200) als autorisierter Bevollmächtigter registriert ist, bietet in Deutschland gemäß der EU-Versicherungsvertriebsrichtlinie Produkte auf der Grundlage des Dienstleistungsfreiheitsrechts an. Durch Ihre Unterschrift auf diesem Antragsformular nehmen Sie zur Kenntnis und akzeptieren, dass dieser Vertrag kein vollwertiger Versicherungsersatz für die gesetzliche Krankenversicherung ist und dass dieser Vertrag nur für Personen in Frage kommt, die keinen Anspruch auf eine gesetzliche Versicherung haben und/oder einen 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 erkläre mich mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zur Erbringung der von mir bezogenen Leistungen, einschließlich der Schadensverwaltung und des Empfangs von Mitteilungen an die Mitglieder, gemäß den Datenschutzbestimmungen von ALC Health einverstanden.

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, dass ALC Health mir einschlägige Informationen und sonstige Mitteilungen über den Versicherungsschutz und die Leistungsmöglichkeiten übermittelt. Ich habe zur Kenntnis genommen, 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

Unterschrift des Versicherungsnehmers:

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 geben Sie Ihren kompletten Namen in Druckbuchstaben an

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 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 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.