

AUFNAHMEANTRAG
2018

ASIA HEALTH PLAN



Insurance made easy.

HAUPTVERSICHERTER Gewünschte Postanschrift

Adresse:

Postleitzahl: Stadt:

Staat/Region/Land:

Land:

Festnetz: + /

Mobil: + /

Ihre Korrespondenz (Versicherungsbescheinigung, Allgemeine Versicherungsbedingungen, Leistungsabrechnungen...) geht Ihnen per E-Mail zu.

Ihre Versichertenkarte erhalten Sie mit der Post.

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

MITGLIED =
BEITRAGSZAHLER

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

Privatkunde **Unternehmen** **Firmenname:**

Anrede: Frau Herr

Name:

Vorname(n):

Adresse:

Postleitzahl: Stadt:

Staat/Region/Land:

Land:

Festnetz: + /

Mobil: + /

E-Mail:

AUSWAHL UND HÖHE DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN**4.1 / Krankenversicherung**

Tarif: ESSENTIAL COMFORT

Gewünschte Höhe der jährlichen Selbstbeteiligung: 0 USD/Jahr 500 USD/Jahr 1.500 USD/Jahr 5.000 USD/Jahr

- > Beitrag des Hauptversicherten: USD
- > Beitrag des Partners: USD
- > Beitrag Kind(er) < 21 Jahre: USD X versicherte(s) Kind(er) = USD
- > Beitrag Kind(er) 21 bis 25 Jahre: USD X versicherte(s) Kind(er) = USD

► Jahresbeitrag inkl. aller Steuern und Abgaben: , USD **A**

Gewünschte Art der Erstattung für Heilbehandlungskosten:

- per Überweisung auf ein in USD geführtes Konto in den USA (bitte legen Sie dem Aufnahmeantrag eine internationale Bankverbindung mit Kontonummer, SWIFT-Code, Anschrift der Bank und Routing-Nr. - ABA bei)
- per Überweisung auf ein in USD geführtes Konto in einem anderen Land (bitte legen Sie dem Aufnahmeantrag eine internationale Bankverbindung mit Kontonummer, SWIFT-Code und Anschrift der Bank bei)
- durch Überweisung auf ein Konto in Frankreich (Konditionen bitte bei uns erfragen)

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

4.2 / Assistance-Leistungen

Beitritt: Einzelperson 2 Personen Familie (ab 3 Personen)

► Jahresbeitrag inkl. aller Steuern und Abgaben: USD **B**

5

Gewünschter Versicherungsbeginn: / / (nur am 1. oder am 16. des Monats)

(vorbehaltlich der Genehmigung des Antrags und frühestens am 16. des Monats oder am 1. Tag des Monats nach Eingang des Aufnahmeantrags)

Berechnung und Zahlung des Beitrags

AUSWAHL DES INTERVALLS DER BEITRAGSZAHLUNG:	Von den vorgeschlagenen Optionen wählen Sie Ihre Zahlungsweise aus:	
	Kreditkarte*	Banküberweisung*
	*bei diesen beiden Zahlungsweisen bin ich für die Durchführung der Zahlung zu jeder Fälligkeit verantwortlich	
Jährlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halbjährig	<input type="radio"/> 20 USD/Halbjahr, entspricht 40 USD pro Jahr	<input type="radio"/> 20 USD/Halbjahr, entspricht 40 USD pro Jahr
Vierteljährig	<input type="radio"/> 20 USD/Quartal, entspricht 80 USD pro Jahr	<input type="radio"/> 20 USD/Quartal, entspricht 80 USD pro Jahr

Berechnung des Jahresbeitrags

Jährliche Beitragszahlungen insgesamt inkl. aller Steuern und Abgaben: **A** + **B**: , USD **C**

Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft in der Association des Assurés d'APRIL International zzgl. zu den gewählten Versicherungen: + , USD **D**

Jährliche Verwaltungsgebühr zzgl. zu den gewählten Versicherungen: + , USD **E**

Gebühr für gestaffelte Zahlung des Jahresbeitrags bei halbjährlicher oder quartalsweiser Zahlung: + , USD **F**

Beitrag insgesamt für 12 Monate*: **C** + **D** + **E** + **F**: , USD **G**

*Die Beiträge können am Tag der Jährung Ihrer Police in Abhängigkeit von den rechnerischen Ergebnissen der Versichertengruppe angepasst werden.

Ihr erster Beitrag insgesamt: , USD

Sollten Sie sich für eine Bezahlung je Halbjahr oder Quartal entscheiden, dividieren Sie Ihren Jahresbeitrag **G** durch 2 oder durch 4.

Ihre erste Beitragszahlung:

- per Banküberweisung:**
 Kontoinhaber: **APRIL International Expat**
 IBAN: FR02 3000 2019 5800 0006 2048 H25
 BIC/SWIFT: CRLYFRPPXXX
- per Kreditkarte** (es werden nur Eurocard-Mastercard und Visa akzeptiert)

Bitte tragen Sie für die Bezahlung Ihre Kreditkartendaten in den Kasten auf Seite 16 ein.

Die nächsten Beitragszahlungen leisten Sie per Banküberweisung oder Kreditkarte. Sie sind bei diesen zwei Zahlungsweisen für die Durchführung der Zahlung zu jeder Fälligkeit selbst verantwortlich.

Ihre Beitragsaufforderungen stehen in elektronischem Format zur Verfügung. Sie werden Ihnen per E-Mail zugestellt und sind online in Ihrem Kundenkonto einsehbar.

6

UNTERZEICHNUNG DES AUFNAHMEANTRAGS

Ich beantrage meine Aufnahme in die Association des Assurés d'APRIL International sowie den Beitritt für die auf dem Aufnahmeantrag genannten Versicherten zu den Vereinbarungen, die von ihr mit Groupama Gan Vie, für die Krankenversicherung (Vereinbarung Nr. 219/863685), und CHUBB, für die Assistance-Versicherung (Vereinbarung Nr. FRBBBAO1857), abgeschlossen wurden.

Ich erkläre, die Satzung der Association des Assurés d'APRIL International zur Kenntnis genommen zu haben (herunterladbar von der Webseite <http://de.april-international.com/global/april-international-expat/die-association-des-assures-d-april-international>).

Ich erkläre, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit der Bezeichnung AHP Cov, die den Status eines Informationsblatts haben, zur Kenntnis genommen zu haben, insbesondere mein Recht auf Rücktritt. Ich erkläre weiter, diese Bedingungen anzuerkennen und ein Exemplar davon in Verwahrung genommen zu haben. Ich erkenne die Bedingungen an, die für die Verwaltungsgeschäfte von APRIL International gelten. Bei Änderung meines Vertrags durch Nachtrag nehme ich zur Kenntnis, dass die o. g. Allgemeinen Versicherungsbedingungen die geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind.

Das Unternehmen APRIL International Expat kann mich zu meinem Versicherungsantrag telefonisch kontaktieren, außer ich habe dagegen per E-Mail an membership.expats@april-international.com oder schriftlich postalisch an die u. g. Adresse Widerspruch eingelegt.

Lt. Art. L121-34 [frz.] Verbraucherschutzgesetz kann ich Telefonwerbung widersprechen. Dieses Widerspruchsrecht kann ich bei dem Unternehmen Opposetel ausüben an folgender Adresse: <http://www.bloctel.gouv.fr>

Ich bestätige, darüber informiert zu sein, dass die verlangten Informationen für die Auswertung und Bearbeitung meiner Beitrittsunterlagen notwendig sind und dass die administrativen Informationen von APRIL International Expat und den Versicherungsorganen oder ihren Beauftragten zwecks meines Beitritts zum Vertrag elektronisch verarbeitet werden.

Lt. französischem Gesetz vom 6. Januar 1978, geänd., verfüge ich über ein Recht auf Zugriff und ggf. Berichtigung aller Informationen, die mich betreffen und Inhalt dieser Dateien sind. Dazu wende ich mich schriftlich an APRIL International Expat, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANKREICH. APRIL International Expat kann bestimmte administrative Informationen benutzen und sie den Filialen der APRIL Gruppe übermitteln, damit diese mir neue Produkte oder Serviceleistungen anbieten können.

Lt. Gesetz vom 6. Januar 1978, geänd., kann ich dieser Übermittlung durch einfachen Brief an APRIL International Expat (Adresse s. oben) widersprechen, wobei mir die Portokosten erstattet werden.

Darüber hinaus führt APRIL International Expat zwecks Bekämpfung von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung sowie deren Sanktionierung die lt. Gesetz vorgeschriebenen Kontrollen durch. Lt. Art. L561-45 des französischen Währungs- und Finanzgesetzes kann ich mein diesbezügliches Zugriffsrecht bei der französischen Datenschutzbehörde Commission Nationale Informatique et Libertés - 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris Cedex 02 - FRANKREICH ausüben. Sollte sich dieser Antrag auf Zugriff jedoch auf Untersuchungen beziehen, die lt. Gesetz Informatique et Libertés Nr. 78-17 vom 6. Januar 1978 zur Identifizierung von Personen dienen, die Gegenstand von Maßnahmen zur Einfrierung von Guthaben oder Verhängung einer Geldstrafe sind, kann ich mein Zugriffsrecht ausüben, indem ich mich schriftlich postalisch an APRIL International Expat, 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 – FRANKREICH wende.

Ich erkläre außerdem, zur Kenntnis genommen zu haben, dass meine Telefongespräche mit den Servicestellen von APRIL International Expat für den internen Bedarf aufgezeichnet werden können und dass ich zu den Aufzeichnungen, die mich betreffen, Zugang haben kann, indem ich mich schriftlich an APRIL International Expat (Adresse s. oben) wende, wobei davon auszugehen ist, dass jede Aufzeichnung maximal zwei Monate lang aufbewahrt wird.

Ich erkenne an, dass mich der Beitritt zu diesem Vertrag nicht von den Beiträgen zu den gesetzlichen Versicherungen befreit, deren Mitglied ich u. U. bin. Ferner erkenne ich an, dass einige Leistungen der Anwendung von Wartezeiten unterliegen.

Ich erkenne an, dass für die im Rahmen dieses Vertrags vorvertraglichen und vertraglichen Beziehungen das französische Recht und die französische Sprache maßgeblich sind.

Ich erkenne an, dass die Erstattungen oder Entschädigungen für Kosten, die durch eine Krankheit, eine Mutterschaft oder einen Unfall entstanden sind, nicht höher sein können als die Beträge, die mir in Rechnung gestellt wurden. Ich bin damit einverstanden, dass mich APRIL International Expat auffordert, gleichwertigen Versicherungsschutz anzuzeigen, den ich eventuell mit anderen Versicherungsorganen vereinbart habe.

Ich erkenne an, dass die Versicherer keine Kosten übernehmen, die unter Berücksichtigung des Orts, an dem sie angefallen sind, als unvernünftig und ungewöhnlich gelten.

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

Ich als Unterzeichner(in) bestätige, die gestellten Fragen persönlich genau und richtig beantwortet zu haben, nichts Weiteres erklären zu müssen bzw. keine Erklärungen unterlassen zu haben, was die Versicherer irreführen könnte. Ich bestätige, darüber informiert zu sein, dass bei Verschweigen von Tatsachen oder falschen Angaben die lt. Art. L113-8 und L113-9 [frz.] Versicherungsgesetz vorgesehenen Sanktionen zur Anwendung kommen.

Ich möchte Informationen über die Angebote von den Partnern von APRIL per E-Mail erhalten.

Ausgefertigt in (Ort) am / /

Unterschrift(en) des Hauptversicherten und seines Ehepartners nach dem Vermerk „Gelesen und genehmigt“:

Unterschrift des Mitglieds (wenn vom Hauptversicherten abweichend) nach dem Vermerk „Gelesen und genehmigt“:

Um Kinder unter 18 Jahren zu versichern, muss das Mitglied den Aufnahmeantrag unterschreiben und Elternteil, gesetzlicher Vormund oder Erziehungsberechtigter sein.

GESUNDHEITSPRÜFUNG FÜR DIE KRANKENVERSICHERUNG

1

Die Gesundheitsprüfung ist 3 Monate gültig.

Wenn Sie beispielsweise wünschen, dass Ihr Vertrag am 01.07.2018 beginnt, können Sie diesen Fragebogen vom 01.04.2018 bis 30.06.2018 unterschreiben.

Jeder Versicherte muss eine Gesundheitsprüfung ausfüllen. Die Fragen 1, 2a), 2b) und 15 sind für minderjährige Kinder nicht zu beantworten. Wenn der Vertrag mehr als 2 zu versichernde Personen umfasst, fotokopieren Sie bitte den Fragebogen.

Sie müssen alle Fragen genau beantworten, da Ihre Erklärungen für Sie bindend sind. Diese Gesundheitsprüfung ist notwendig, damit die Versicherung das Risiko einschätzen kann, das sie übernehmen wird. Nicht beantwortete Fragen führen zu zusätzlichen Nachfragen. Die von Ihnen übermittelten medizinischen Informationen unterliegen der beruflichen Schweigepflicht. Indem Sie uns ein Maximum an Informationen liefern, helfen Sie uns, Ihnen rasch zu antworten.

Der Vertrauensarzt behält sich das Recht vor, Ihre behandelnden Ärzte jederzeit, vor allem vor Durchführung einer Erstattung oder Ausstellung einer Genehmigung für einen Krankenhausaufenthalt, aufzufordern, die Richtigkeit und Vollständigkeit der im Rahmen der Gesundheitsprüfung bereitgestellten Informationen zu bestätigen und uns zu versichern, dass die während der Behandlung festgestellten Erkrankungen nicht widersprüchlich oder inkohärent gegenüber den Informationen sind, die beim Beitritt gegeben wurden.

Füllen Sie die Gesundheitsprüfung aus und schicken Sie diese mit allen notwendigen Nachweisen in einem versiegelten Umschlag mit dem Hinweis „Vertraulich“ an den Vertrauensarzt an folgende Adresse: APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANKREICH.

Einige der übermittelten medizinischen Informationen können für den Vertrauensarzt von APRIL International Expat elektronisch verarbeitet werden. Lt. Gesetz vom 6. Januar 1978, geänd., verfügen Sie über ein Recht auf Zugriff und ggf. Berichtigung aller Informationen, die Sie betreffen und Inhalt dieser Datei sind. Wenden Sie sich dazu schriftlich an den Vertrauensarzt von APRIL International Expat unter der o. g. Adresse.

8

NAME:		VORNAME(N):	
GEBURTSDATUM: _ _ _ _ _ _ _ _		GRÖßE: _ _ _ cm	
		GEWICHT: _ _ _ kg	
1	a) Wie hoch ist Ihr üblicher Alkoholkonsum?	Leicht alkoholische Getränke: (Gläser/Tag) ; Spirituosen: (Gläser/Tag)	
	b) Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Wenn ja, bitte Tagesmenge angeben: Zigarren Zigaretten Pfeifen elektronische Zigarette <input type="radio"/> Seit wann? Jahre
	Wenn Sie das Rauchen eingestellt haben, geben Sie bitte an, ab wann und aus welchem Grund:		Jahr: _ _ _ _ _ _ _ _ Grund:
2	a) Sind Sie derzeit aus gesundheitlichen Gründen ganz oder teilweise arbeitsunfähig ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Grund: Beginn: _ _ _ _ _ _ _ _
	b) Waren Sie in den letzten 10 Jahren aus gesundheitlichen Gründen länger als zwei Wochen ganz oder teilweise arbeitsunfähig ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Grund : Beginn: _ _ _ _ _ _ _ _ Ende: _ _ _ _ _ _ _ _
	c) Haben Sie eine anerkannte Behinderung bzw. sind Sie teilweise in Ihrer Erwerbsfähigkeit gemindert oder erwerbsunfähig ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Welche: Beginn: _ _ _ _ _ _ _ _ Grund: Prozentsatz der Erwerbsunfähigkeit oder Invalidität: _ _ %
3	Haben Sie eine angeborene Krankheit und/oder Erbkrankheit ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit: Behandlung und/oder Beobachtung: Datum der Diagnose: _ _ _ _ _ _ _ _
4	Hatten Sie einen Unfall mit Folgeschäden ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum des Unfalls: _ _ _ _ _ _ _ _ Von den Folgeschäden betroffener Körperteil: Art der Folgeschäden:

5	a) Werden Sie derzeit von einem Arzt oder einem Angehörigen eines sonstigen medizinischen Heilberufs behandelt (Arzneimittel, Bewegungstherapie, Osteopathie, Akupunktur, Infiltration, Psychotherapie, Orthese, Laserbehandlung)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Dauer der Behandlung:
	b) Wurden Sie in den letzten 5 Jahren länger als zwei Wochen von einem Arzt oder einem Angehörigen eines sonstigen medizinischen Heilberufs behandelt (Arzneimittel, Bewegungstherapie, Osteopathie, Akupunktur, Infiltration, Psychotherapie, Orthese, Laserbehandlung)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Dauer der Behandlung:
6	Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einer medizinischen Einrichtung (Klinik, Krankenhaus, Gesundheitszentrum, psychiatrische Einheit) stationär behandelt (inkl. unter 24 Std.) wegen: - Operation, chirurgischen Eingriffen (Endoskopie, Biopsie, Arthroskopie, Gefäßplastik), - Check-ups und Spezialuntersuchungen, - Behandlungen, - Konvaleszenz, - Entgiftungskur, - Rehabilitation, ausgenommen Operation der Weisheitszähne, der Mandeln, von Wucherungen und Blinddarmentzündung?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum: Grund des Aufenthalts: Dauer des Aufenthalts: Ergebnisse: Verordnete Behandlung:
7	Haben Sie in den letzten 5 Jahren Laboranalysen (Blut, Urin, Stuhl), kardiologische (Ultraschall, EKG, Doppler, Holter) und/oder medizinisch bildgebende Untersuchungen (Ultraschall, CT, PET-CT, Szintigraphie, MRT, Endoskopie, Koloskopie, Gastroskopie, Radiologie, Mammographie) durchführen lassen?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum: Art der Untersuchung: Grund der Untersuchung: Ergebnisse: Verordnete Behandlungen:
8	Haben Sie in den letzten 12 Monaten Ihren Blutdruck von einem Arzt messen lassen?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Wenn ja, wie waren die Werte?
Leiden Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren an einer der folgenden Krankheiten gelitten:			
9	a) der Atemwege (Asthma, chronische Bronchitis, Tuberkulose, Atemnot oder an einer anderen Erkrankung der Atemwege)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Dauer der Behandlung: Ergebnisse der Behandlung:
	b) Herz-Kreislauf (Bluthochdruck, Venenentzündung, Infarkt, AVC oder an einer anderen Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Dauer der Behandlung: Ergebnisse der Behandlung:
	c) der Augen/HNO (Glaukom, Grauer Star, Blindheit (auch einseitig), Taubheit oder an einer anderen HNO- oder Augenkrankheit)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Dauer der Behandlung: Ergebnisse der Behandlung:
	d) der Gelenke (Halswirbelsäulenschmerz, Bandscheibenprolaps, Ischias, Hexenschuss, Polyarthrit oder einer anderen Erkrankung der Knochen oder Gelenke oder an einer Autoimmunkrankheit)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Dauer der Behandlung: Ergebnisse der Behandlung:

<p>Leiden Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren an einer der folgenden Krankheiten gelitten:</p>		
<p>e) der Haut (Ekzem, Psoriasis, Lupus oder an einer anderen Hautkrankheit)?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Krankheit(en):</p> <p>Behandlung(en):</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung:</p> <p>Ergebnisse der Behandlung:</p>
<p>f) des Verdauungsapparats (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Ösophagus-Varizen, Erkrankung der Leber, der Bauchspeicheldrüse oder einer anderen Erkrankung des Verdauungsapparats)?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Krankheit(en):</p> <p>Behandlung(en):</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung:</p> <p>Ergebnisse der Behandlung:</p>
<p>g) der Nerven und Muskeln (Epilepsie, Myopathie, MS, Parkinson, Alzheimer, Demenz oder an einer anderen Erkrankung des Nerven- bzw. Muskelsystems)?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Krankheit(en):</p> <p>Behandlung(en):</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung:</p> <p>Ergebnisse der Behandlung:</p>
<p>h) der Drüsen und des Stoffwechsels (Schilddrüse, Diabetes, Cholesterin, Hypophyse oder an einer anderen Erkrankung des endokrinen oder Stoffwechselsystems)?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Krankheit(en):</p> <p>Behandlung(en):</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung:</p> <p>Ergebnisse der Behandlung:</p>
<p>9 i) der Blase und Nieren (Erkrankungen der Nieren, der Harnleiter oder an einer anderen Krankheit des Blasen-Nieren-Systems)?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Krankheit(en):</p> <p>Behandlung(en):</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung:</p> <p>Ergebnisse der Behandlung:</p>
<p>j) der Geschlechtsorgane (Endometriose, Prostataerkrankung oder an einer anderen gynäkologischen oder urogenitalen Krankheit)?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Krankheit(en):</p> <p>Behandlung(en):</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung:</p> <p>Ergebnisse der Behandlung:</p>
<p>k) der Nerven (Depression, Stress, Angst, Neurose, Psychose, Fibromyalgie, Ernährungsstörung oder an einer anderen psychischen oder psychiatrischen Krankheit)?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Krankheit(en):</p> <p>Behandlung(en):</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung:</p> <p>Ergebnisse der Behandlung:</p>
<p>l) Krebs (Leukämie, Morbus Hodgkin, Lymphom, gut- und/oder bösartiger Tumor oder an einer anderen Krebserkrankung)?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Krankheit(en):</p> <p>Behandlung(en):</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung:</p> <p>Ergebnisse der Behandlung:</p>
<p>m) sonstigen Infektionskrankheiten, Viruserkrankungen, Erkrankungen durch Parasiten oder Blutkrankheiten, Malaria, Hepatitis oder Erkrankungen, die medizinisch überwacht werden müssen?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Krankheit(en):</p> <p>Behandlung(en):</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung:</p> <p>Ergebnisse der Behandlung:</p>
<p>10 Haben Sie einen Bluttest auf vor allem Hepatitis B- und -C- bzw. HIV-Viren (AIDS) durchführen lassen, dessen Ergebnis positiv war?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Datum der Untersuchung: <input type="text"/></p> <p>Virus:</p> <p><i>(Sie müssen diese Fragen nur dann mit JA beantworten, wenn das Ergebnis einer dieser Tests positiv war.)</i></p>
<p>11 Werden Sie von einem Facharzt behandelt?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Medizinischer Grund:</p> <p>Beginn des Erkrankung: <input type="text"/></p> <p>Behandlung(en):</p>

Die Gesundheitsprüfung ist 3 Monate gültig.

Wenn Sie beispielsweise wünschen, dass Ihr Vertrag am 01.07.2018 beginnt, können Sie diesen Fragebogen vom 01.04.2018 bis 30.06.2018 unterschreiben.

Jeder Versicherte muss eine Gesundheitsprüfung ausfüllen. Die Fragen 1, 2a), 2b) und 15 sind für minderjährige Kinder nicht zu beantworten. Wenn der Vertrag mehr als 2 zu versichernde Personen umfasst, fotokopieren Sie bitte den Fragebogen.

Sie müssen alle Fragen genau beantworten, da Ihre Erklärungen für Sie bindend sind. Diese Gesundheitsprüfung ist notwendig, damit die Versicherung das Risiko einschätzen kann, das sie übernehmen wird. Nicht beantwortete Fragen führen zu zusätzlichen Nachfragen. Die von Ihnen übermittelten medizinischen Informationen unterliegen der beruflichen Schweigepflicht. Indem Sie uns ein Maximum an Informationen liefern, helfen Sie uns, Ihnen rasch zu antworten.

Der Vertrauensarzt behält sich das Recht vor, Ihre behandelnden Ärzte jederzeit, vor allem vor Durchführung einer Erstattung oder Ausstellung einer Genehmigung für einen Krankenhausaufenthalt, aufzufordern, die Richtigkeit und Vollständigkeit der im Rahmen der Gesundheitsprüfung bereitgestellten Informationen zu bestätigen und uns zu versichern, dass die während der Behandlung festgestellten Erkrankungen nicht widersprüchlich oder inkohärent gegenüber den Informationen sind, die beim Beitritt gegeben wurden.

Füllen Sie die Gesundheitsprüfung aus und schicken Sie diese mit allen notwendigen Nachweisen in einem versiegelten Umschlag mit dem Hinweis „Vertraulich“ an den Vertrauensarzt an folgende Adresse: APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANKREICH.

Einige der übermittelten medizinischen Informationen können für den Vertrauensarzt von APRIL International Expat elektronisch verarbeitet werden. Lt. Gesetz vom 6. Januar 1978, geänd., verfügen Sie über ein Recht auf Zugriff und ggf. Berichtigung aller Informationen, die Sie betreffen und Inhalt dieser Datei sind. Wenden Sie sich dazu schriftlich an den Vertrauensarzt von APRIL International Expat unter der o. g. Adresse.

8

NAME:		VORNAME(N):	
GEBURTSDATUM: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		GRÖßE: _ _ _ _ cm	
		GEWICHT: _ _ _ _ kg	
1	a) Wie hoch ist Ihr üblicher Alkoholkonsum?	Leicht alkoholische Getränke: (Gläser/Tag) ; Spirituosen: (Gläser/Tag)	
	b) Rauchen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Wenn ja, bitte Tagesmenge angeben: Zigarren Zigaretten Pfeifen elektronische Zigarette <input type="radio"/> Seit wann? Jahre
	Wenn Sie das Rauchen eingestellt haben, geben Sie bitte an, ab wann und aus welchem Grund:		Jahr: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Grund:
2	a) Sind Sie derzeit aus gesundheitlichen Gründen ganz oder teilweise arbeitsunfähig ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Grund: Beginn: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	b) Waren Sie in den letzten 10 Jahren aus gesundheitlichen Gründen länger als zwei Wochen ganz oder teilweise arbeitsunfähig ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Grund : Beginn: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Ende: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	c) Haben Sie eine anerkannte Behinderung bzw. sind Sie teilweise in Ihrer Erwerbsfähigkeit gemindert oder erwerbsunfähig ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Welche: Beginn: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Grund: Prozentsatz der Erwerbsunfähigkeit oder Invalidität: _ _ %
3	Haben Sie eine angeborene Krankheit und/oder Erbkrankheit ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit: Behandlung und/oder Beobachtung: Datum der Diagnose: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
4	Hatten Sie einen Unfall mit Folgeschäden ?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum des Unfalls: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Von den Folgeschäden betroffener Körperteil: Art der Folgeschäden:

5	a) Werden Sie derzeit von einem Arzt oder einem Angehörigen eines sonstigen medizinischen Heilberufs behandelt (Arzneimittel, Bewegungstherapie, Osteopathie, Akupunktur, Infiltration, Psychotherapie, Orthese, Laserbehandlung)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Dauer der Behandlung:
	b) Wurden Sie in den letzten 5 Jahren länger als zwei Wochen von einem Arzt oder einem Angehörigen eines sonstigen medizinischen Heilberufs behandelt (Arzneimittel, Bewegungstherapie, Osteopathie, Akupunktur, Infiltration, Psychotherapie, Orthese, Laserbehandlung)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Dauer der Behandlung:
6	Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einer medizinischen Einrichtung (Klinik, Krankenhaus, Gesundheitszentrum, psychiatrische Einheit) stationär behandelt (inkl. unter 24 Std.) wegen: - Operation, chirurgischen Eingriffen (Endoskopie, Biopsie, Arthroskopie, Gefäßplastik), - Check-ups und Spezialuntersuchungen, - Behandlungen, - Konvaleszenz, - Entgiftungskur, - Rehabilitation, ausgenommen Operation der Weisheitszähne, der Mandeln, von Wucherungen und Blinddarmentzündung?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum: Grund des Aufenthalts: Dauer des Aufenthalts: Ergebnisse: Verordnete Behandlung:
7	Haben Sie in den letzten 5 Jahren Laboranalysen (Blut, Urin, Stuhl), kardiologische (Ultraschall, EKG, Doppler, Holter) und/oder medizinisch bildgebende Untersuchungen (Ultraschall, CT, PET-CT, Szintigraphie, MRT, Endoskopie, Koloskopie, Gastroskopie, Radiologie, Mammographie) durchführen lassen?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum: Art der Untersuchung: Grund der Untersuchung: Ergebnisse: Verordnete Behandlungen:
8	Haben Sie in den letzten 12 Monaten Ihren Blutdruck von einem Arzt messen lassen?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Wenn ja, wie waren die Werte?
Leiden Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren an einer der folgenden Krankheiten gelitten:			
9	a) der Atemwege (Asthma, chronische Bronchitis, Tuberkulose, Atemnot oder an einer anderen Erkrankung der Atemwege)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Dauer der Behandlung: Ergebnisse der Behandlung:
	b) Herz-Kreislauf (Bluthochdruck, Venenentzündung, Infarkt, AVC oder an einer anderen Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Dauer der Behandlung: Ergebnisse der Behandlung:
	c) der Augen/HNO (Glaukom, Grauer Star, Blindheit (auch einseitig), Taubheit oder an einer anderen HNO- oder Augenkrankheit)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Dauer der Behandlung: Ergebnisse der Behandlung:
	d) der Gelenke (Halswirbelsäulenschmerz, Bandscheibenprolaps, Ischias, Hexenschuss, Polyarthrit oder einer anderen Erkrankung der Knochen oder Gelenke oder an einer Autoimmunkrankheit)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Dauer der Behandlung: Ergebnisse der Behandlung:

8

<p>Leiden Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren an einer der folgenden Krankheiten gelitten:</p>		
<p>e) der Haut (Ekzem, Psoriasis, Lupus oder an einer anderen Hautkrankheit)?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Krankheit(en):</p> <p>Behandlung(en):</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung:</p> <p>Ergebnisse der Behandlung:</p>
<p>f) des Verdauungsapparats (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Ösophagus-Varizen, Erkrankung der Leber, der Bauchspeicheldrüse oder einer anderen Erkrankung des Verdauungsapparats)?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Krankheit(en):</p> <p>Behandlung(en):</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung:</p> <p>Ergebnisse der Behandlung:</p>
<p>g) der Nerven und Muskeln (Epilepsie, Myopathie, MS, Parkinson, Alzheimer, Demenz oder an einer anderen Erkrankung des Nerven- bzw. Muskelsystems)?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Krankheit(en):</p> <p>Behandlung(en):</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung:</p> <p>Ergebnisse der Behandlung:</p>
<p>h) der Drüsen und des Stoffwechsels (Schilddrüse, Diabetes, Cholesterin, Hypophyse oder an einer anderen Erkrankung des endokrinen oder Stoffwechselsystems)?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Krankheit(en):</p> <p>Behandlung(en):</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung:</p> <p>Ergebnisse der Behandlung:</p>
<p>9 i) der Blase und Nieren (Erkrankungen der Nieren, der Harnleiter oder an einer anderen Krankheit des Blasen-Nieren-Systems)?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Krankheit(en):</p> <p>Behandlung(en):</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung:</p> <p>Ergebnisse der Behandlung:</p>
<p>j) der Geschlechtsorgane (Endometriose, Prostataerkrankung oder an einer anderen gynäkologischen oder urogenitalen Krankheit)?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Krankheit(en):</p> <p>Behandlung(en):</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung:</p> <p>Ergebnisse der Behandlung:</p>
<p>k) der Nerven (Depression, Stress, Angst, Neurose, Psychose, Fibromyalgie, Ernährungsstörung oder an einer anderen psychischen oder psychiatrischen Krankheit)?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Krankheit(en):</p> <p>Behandlung(en):</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung:</p> <p>Ergebnisse der Behandlung:</p>
<p>l) Krebs (Leukämie, Morbus Hodgkin, Lymphom, gut- und/oder bösartiger Tumor oder an einer anderen Krebserkrankung)?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Krankheit(en):</p> <p>Behandlung(en):</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung:</p> <p>Ergebnisse der Behandlung:</p>
<p>m) sonstigen Infektionskrankheiten, Viruserkrankungen, Erkrankungen durch Parasiten oder Blutkrankheiten, Malaria, Hepatitis oder Erkrankungen, die medizinisch überwacht werden müssen?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Krankheit(en):</p> <p>Behandlung(en):</p> <p>Beginn der Behandlung: <input type="text"/></p> <p>Dauer der Behandlung:</p> <p>Ergebnisse der Behandlung:</p>
<p>10 Haben Sie einen Bluttest auf vor allem Hepatitis B- und -C- bzw. HIV-Viren (AIDS) durchführen lassen, dessen Ergebnis positiv war?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Datum der Untersuchung: <input type="text"/></p> <p>Virus:</p> <p><i>(Sie müssen diese Fragen nur dann mit JA beantworten, wenn das Ergebnis einer dieser Tests positiv war.)</i></p>
<p>11 Werden Sie von einem Facharzt behandelt?</p>	<p><input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN</p>	<p>Medizinischer Grund:</p> <p>Beginn des Erkrankung: <input type="text"/></p> <p>Behandlung(en):</p>

8

DIE VERSCHIEDENEN SCHRITTE BIS ZU IHREM BEITRITT



Sie füllen Ihren Aufnahmeantrag aus und schicken diesen an APRIL International Expat.
Die Anleitung dazu finden Sie auf der letzten Seite, oder Sie kontaktieren uns.

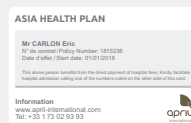


Wir bearbeiten Ihren Antrag nach Eingang.



Sie erhalten danach:

- Ihre Aufnahmebestätigung, die als Versicherungsbescheinigung gilt
- Ihre Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem Vertrag zu Grunde liegen
- Ihre Versichertenkarte mit den Notfallnummern, die Sie vor allem bei Unterstützungsbedarf oder vor einer Krankenhauseinweisung anrufen



Bitte schicken Sie Ihren ausgefüllten Aufnahmeantrag an:

APRIL International Expat
Service Adhésions Individuelles
110, avenue de la République - CS 51108
75127 Paris Cedex 11 - FRANKREICH

Wenn Sie Ihren Antrag widerrufen möchten, können Sie das folgende abtrennbare Formular verwenden und an APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 – FRANKREICH schicken.

WIDERRUF

Artikel L.112-9 des französischen Versicherungsgesetzes

Jede natürliche Person, die in ihrer Wohnung, an ihrem Wohnsitz, an ihrem Arbeitsplatz bei Fernabsatz per Telefon oder per Internet, selbst auf Ihre Bitte, Gegenstand eines Haustürgeschäfts ist und in diesem Rahmen ein Versicherungsangebot oder einen Vertrag unterzeichnet, dessen Gegenstand nicht in den Rahmen ihrer Geschäfts- oder Berufstätigkeit fällt, kann von diesem per Einschreiben mit Rückschein innerhalb einer Frist von vierzehn vollen Kalendertagen ab dem Tag des Vertragsschlusses ohne Begründung und straffrei zurücktreten.

Bedingungen: Wenn Sie Ihren Antrag widerrufen wollen, füllen Sie dieses abtrennbare Formular aus und unterschreiben Sie dieses. Schicken Sie es in einem Umschlag per Einschreiben mit Rückschein an die obige Adresse. Versenden Sie es spätestens innerhalb einer Frist von 14 Tagen ab dem Tag nach dem Datum, an dem Sie auf dem Aufnahmeantrag Unterschrift geleistet haben bzw., wenn diese Frist normalerweise an einem Samstag, einem Sonntag oder Feiertag oder einem arbeitsfreien Tag endet, am ersten folgenden Werktag.

Ich, der/die Unterzeichner/in, erkläre, den nachfolgend genannten Aufnahmeantrag zu widerrufen:

Name des Vertrags: **Asia Health Plan Ref. AHP Cov**

Datum der Unterzeichnung des Aufnahmeantrags: / /

Name des Mitglieds:

Vorname des Mitglieds:

Anschrift des Mitglieds:

Postleitzahl: Stadt:

Land:

Telefonnummer: + /

Name des Versicherungsberaters:

Anschrift des Versicherungsberaters:

Postleitzahl: Stadt:

Land:

Telefonnummer: + /

Datum und Unterschrift des Mitglieds:
 / /

Nur von APRIL International Expat auszufüllen: Kundennummer



ICH WERDE MITGLIED

- A. Tragen Sie Ihre persönlichen Daten ein **1**, **2** und **3**.
- B. Wählen Sie die Höhe Ihres Versicherungsschutzes **4**.
- C. Geben Sie das Datum an, ab dem Ihr Vertrag beginnen soll **5**.
- D. Berechnen Sie Ihren Beitrag und geben Sie die Zahlungsweise an **6**.
- E. Datieren und unterschreiben Sie Ihren Aufnahmeantrag im Abschnitt **7**.
- F. Füllen Sie die Gesundheitsprüfung(en) aus, datieren und unterschreiben Sie sie **8**.
- G. Wenn Sie eine Außerkraftsetzung der für die Krankenversicherung geltenden Wartezeiten beantragen möchten, fügen Sie die Lösungsbescheinigung Ihres Vorvertrags mit allen Einzelheiten zu dessen Versicherungsschutz bei.
- H. Um Ihre erste Beitragszahlung zu tätigen:
 - Geben Sie die Daten Ihrer Kreditkarte auf der Seite 16 des Aufnahmeantrags an, *ODER*
 - Geben Sie die erste Überweisung in USD in Auftrag (in diesem Fall bitte eine Kopie des Überweisungsauftrags beifügen).

Schicken Sie alles an: **APRIL International Expat - Service Adhésions Individuelles**
110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANKREICH

UND WAS PASSIERT DANN?

Ihr Aufnahmeantrag wird schnellstmöglich nach Eingang Ihrer vollständigen Unterlagen von APRIL International bearbeitet.

Die Aufnahme erfolgt durch Ausfertigung einer Aufnahmebestätigung (die als Versicherungsbescheinigung gilt), aus der der gewählte Versicherungsschutz und das Datum des Inkrafttretens Ihres Vertrags hervorgehen.

Ihr Vertrag beginnt an dem auf der Aufnahmebestätigung angegebenen Datum und frühestens am Tag nach Eingang Ihrer vollständigen Aufnahmeunterlagen.

april international | expat

Firmensitz:

110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE
Tel: +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax: +33 (0)1 73 02 93 90
E-Mail: info.expat@april-international.com - www.april-international.com

S.A.S. (frz. vereinfachte Aktiengesellschaft) mit einem Kapital von 200.000 € - Handelsregister Paris 309 707 727
Versicherungsvermittler - Eingetragen im ORIAS-Verzeichnis unter der Nr. 07 008 000 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (Aufsichts- und Kontrollbehörde)
61, Rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANKREICH.
NAF6622Z - USt.-Identifikationsnummer: FR60309707727
Produkt entwickelt und verwaltet durch APRIL International Expat und versichert durch Groupama Gan Vie
(für die Krankenversicherung) und CHUBB (für die Assistance-Versicherung)



Insurance made easy.