MyHealth International

Aufnahmeantrag 2025

April International
VERSICHERUNG LEICHT GEMACHT

Aktualisierung: September 2024

Wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Versicherungslösung entschieden haben.

Hier finden Sie die verschiedenen Schritte, die für Ihren Vertragsabschluss notwendig sind:

1

Füllen Sie Ihren Aufnahmeantrag aus und schicken Sie diesen per E-Mail oder postalisch an APRIL International Care France.
Die Anleitung dazu finden Sie auf der nächsten Seite, oder Sie kontaktieren uns.

2

Ihr Aufnahmeantrag wird umgehend nach Eingang bearbeitet.

3

Bei Bestätigung Ihres Antrages erhalten Sie:

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

WIE SCHLIESSE ICH EINEN VERTRAG AB?

A. Geben Sie Ihre personenbezogenen Daten in den Abschnitten 1, 2 und 3 an.

B. Wählen Sie die Erstattungsmethode Ihrer Heilbehandlungskosten im Abschnitt 4 aus.

C. Geben Sie im Abschnitt 5 das Datum an, an dem Ihr Vertrag beginnen soll.

D. Passen Sie Ihren Leistungsaumfang im Abschnitt 6 an und füllen Sie die zusätzlichen Informationen im Abschnitt 7 aus.

E. Berechnen Sie Ihren Versicherungsbeitrag und geben Sie die Zahlungsweise im Abschnitt 8 an.

F. Datieren und unterschreiben Sie Ihren Aufnahmeantrag im Abschnitt 9.

G. Füllen Sie den Gesundheitsfragebogen aus, datieren und unterschreiben Sie diesen.

H.
- Hinsichtlich der Beitragszahlung stehen Ihnen folgende Zahlungsweisen zur Auswahl:
  - per Kreditkarte.
  - ***ODER*** per Banküberweisung (in diesem Fall fügen Sie bitte eine Kopie des Überweisungsauftrages bei).
  - ***ODER*** per SEPA-Lastschrift von einem in Euro geführten Bankkonto (in einem Land der SEPA-Zone), indem Sie die SEPA-Einzugsermächtigung auf Seite 16 ausfüllen.

I. Fügen Sie für jede Person, die in Ergänzung der französischen gesetzlichen Sozialversicherung versichert wird, eine gültige Versicherungsbescheinigung bei.

J. Wenn Sie eine Aufhebung der für die Krankenversicherung geltenden Wartezeiten beantragen möchten, fügen Sie die Löschungsbescheinigung sowie eine Leistungsübersicht Ihres Vorvertrages bei.

K. Je nach gewählten Leistungen übermitteln Sie uns bitte auch folgende Nachweise:
- für die Sterbe- und Pflegekapitalversicherung: eine Kopie eines gültigen Identitätsausweises (Personalausweis oder Pass)
- für die Krankentagegeldversicherung bei Arbeitsunfähigkeit aus medizinischem Grund, wenn Sie einen Betrag über 150 €/$ gewählt haben: eine Kopie Ihres letzten Einkommensteuerbescheides und Ihrer letzten Gehaltsabrechnung.

SCHICKEN SIE ALLE UNTERLAGEN:
per E-Mail an: kundenbetreuung@april.com

BETREUUNG DURCH UNSERE TEAMS IN MEHREREN SPRACHEN:

Telefonisch:
+49 (0) 221 29 29 482 0
von Montag bis Freitag
von 08:30 bis 18:00 Uhr (MEZ)

Per E-Mail:
kundenbetreuung@april.com

Vermittlernummer: I

AUFNAHMEANTRAG MyHealth International

Sind Sie bereits Kunde bei APRIL International Care France? ◯ JA ◯ NEIN Antragsnummer:

Wenn ja, tragen Sie bitte Ihre Kundennummer ein: C

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

VERSICHERTE(N) Identität der zu versichernden Person/en

Anrede des **Hauptversicherten**: Frau ◯ Herr ◯ Geburtsdatum: / /

Name des **Hauptversicherten**:

Geburtsname des **Hauptversicherten**:

Vorname/n des **Hauptversicherten**:

Land der Staatsangehörigkeit:

Exakte Berufsbezeichnung:

Branche:

Sozialversicherungsnummer: Schlüssel:

(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)

Sind Sie oder einer Ihrer Angehörigen eine **politisch exponierte Person***?: JA ◯ NEIN ◯

E-Mail:

► INFORMATIONEN ÜBER IHRE AKTUELLE INTERNATIONALE KRANKENVERSICHERUNG

◯ **Keine**

◯ **Lokale gestzliche Krankenversicherung**

◯ **Private Krankenversicherung**

- Name des Versicherers:
- Datum des Inkrafttretens Ihres Vertrages (MM/JJJJ): /
- Enddatum Ihres Vertrages (MM/JJJJ): /

1

Anrede des **Lebenspartners**: Frau ◯ Herr ◯ Geburtsdatum: / /

Name des **Lebenspartners**:

Geburtsname des **Lebenspartners**:

Vorname/n des **Lebenspartners**:

Land der Staatsangehörigkeit:

Exakte Berufsbezeichnung:

Branche:

Sozialversicherungsnummer: Schlüssel:

(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)

Sind Sie oder einer Ihrer Angehörigen eine **politisch exponierte Person***?: JA ◯ NEIN ◯

E-Mail:

Name des **1. unterhaltsberechtigten Kindes**:

Vorname/n des **1. unterhaltsberechtigten Kindes**:

Geburtsdatum: / / Geschlecht: Männlich ◯ Weiblich ◯

Land der Staatsangehörigkeit:

Sozialversicherungsnummer: Schlüssel:

(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)

*Person, die eine hohe politische, richterliche oder administrative Funktion für eine öffentliche internationale Institution ausübt oder seit weniger als einem Jahr ausgeübt hat.

VERSICHERTE(N) Identität der zu versichernden Person/en (Forts.)

Name des **2. unterhaltsberechtigten Kindes**:

Vorname/n des **2. unterhaltsberechtigten Kindes**:

Geburtsdatum: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Geschlecht: Männlich ◯ Weiblich ◯

Land der Staatsangehörigkeit:

Sozialversicherungsnummer: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Schlüssel: ☐☐

(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)

Name des **3. unterhaltsberechtigten Kindes**:

Vorname/n des **3. unterhaltsberechtigten Kindes**:

Geburtsdatum: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Geschlecht: Männlich ◯ Weiblich ◯

Land der Staatsangehörigkeit:

Sozialversicherungsnummer: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Schlüssel: ☐☐

(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)

Name des **4. unterhaltsberechtigten Kindes**:

Vorname/n des **4. unterhaltsberechtigten Kindes**:

1 Geburtsdatum: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Geschlecht: Männlich ◯ Weiblich ◯

Land der Staatsangehörigkeit:

Sozialversicherungsnummer: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Schlüssel: ☐☐

(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)

Name des **5. unterhaltsberechtigten Kindes**:

Vorname/n des **5. unterhaltsberechtigten Kindes**:

Geburtsdatum: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Geschlecht: Männlich ◯ Weiblich ◯

Land der Staatsangehörigkeit:

Sozialversicherungsnummer: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Schlüssel: ☐☐

(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)

Name des **6. unterhaltsberechtigten Kindes**:

Vorname/n des **6. unterhaltsberechtigten Kindes**:

Geburtsdatum: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Geschlecht: Männlich ◯ Weiblich ◯

Land der Staatsangehörigkeit:

Sozialversicherungsnummer: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Schlüssel: ☐☐

(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)

HAUPTVERSICHERTER | Gewünschte Postanschrift

2

Adresse:

Postleitzahl: Stadt:

Staat/Region/Land:

Land:

Festnetz: + Mobil: +

VERSICHERUNGSNEHMER (BEITRAGSZAHLER)

3

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

◯ **Der Versicherungsnehmer ist nicht der Hauptversicherte**

Privatkunde ◯

Anrede: Frau ◯ Herr ◯

Name:

Geburtsname:

Vorname:

Geschäftskunde ◯

Firmenname:

Wirtschaftlicher Eigentümer des Unternehmens:

Anrede: Frau ◯ Herr ◯

Name:

Geburtsname:

Vorname:

Bitte fügen Sie eine Kopie der Erklärung zu dem/den wirtschaftlichen Berechtigten (Ultimate Beneficial Owner - UBO) bei.

Geburtsdatum: / /

Land der Staatsangehörigkeit:

Adresse:

Postleitzahl: Stadt:

Bundesland/Staat/Region:

Land:

Festnetz: + Mobil: +

E-Mail:

GEWÜNSCHTE ART DER ERSTATTUNG FÜR HEILBEHANDLUNGSKOSTEN:

4

◯ per Überweisung auf ein Konto in Deutschland

◯ per Überweisung auf ein Konto in den USA

◯ per Überweisung auf ein Konto in einem anderen Land

Je nachdem, wo Ihr Bankkonto geführt wird, kann Ihre Bank Gebühren berechnen. Die Erstattung erfolgt in der Währung, in der Ihr Vertrag verwaltet wird, d. h. in € oder US$ (s. Allgemeine Versicherungsbedingungen Art. 5. BEITRÄGE).

Kontoinhaber:

IBAN: BIC/SWIFT:

Zusätzlicher Code (ABA für ein Konto in den USA, BSB für ein Konto in Australien usw.):

Bitte fügen Sie ein offizielles Dokument Ihrer Bank bei, aus der Ihre vollständige Bankverbindung hervorgeht.

5 Gewünschtes Datum des Inkrafttretens: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

(Vorbehaltlich der Genehmigung des Antrages und frühestens am auf den Eingang des Aufnahmeantrages folgenden Tag. Wenn für Ihren Antrag eine Gesundheitsprüfung notwendig ist, beginnt Ihr Vertrag frühestens am Tag der Unterzeichnung der übermittelten Aufnahmebedingungen.)

IHR VERSICHERUNGSSCHUTZ:

▸ GELTUNGSBEREICH:

Ihr Hauptzielland: _____

Ihre Erweiterung: ◯ Weltweit ◯ Keine Erweiterung

◯ Weitere Länder: _____

▸ WÄHRUNG: ◯ € oder ◯ US$

▸ ART DES VERSICHERUNGSSCHUTZES:

◯ Krankenvollversicherung

◯ in Ergänzung der CFE (Caisse des Français à l'Étranger)

◯ in Ergänzung der französischen Sozialversicherung

▸ GEWÜNSCHTER TARIF FÜR DIE KRANKENVERSICHERUNG:

6

GEWÜNSCHTE LEISTUNGEN	EMERGENCY	BASIC*	ESSENTIAL	COMFORT	PREMIUM
Nur stationäre Heilbehandlung	◯	◯	◯	◯	◯
Stationäre + ambulante Heilbehandlung	—	◯	◯	◯	◯
Stationäre + ambulante Heilbehandlung + Sehhilfen/Zahnmedizin	—	◯	◯	◯	◯
Stationäre + ambulante Heilbehandlung + Schwangerschaft	—	—	◯	◯	◯
Stationäre + ambulante Heilbehandlung + Schwangerschaft + Sehhilfen/Zahnmedizin	—	—	◯	◯	◯

* *Nicht verfügbar, wenn Sie sich für einen Versicherungsschutz in den USA, den Bahamas, Puerto Rico oder für einen weltweiten Versicherungsschutz entscheiden.*

▸ SELBSTBEHALT UND HÖHE DER ERSTATTUNGEN:

SELBSTBEHALT	Kein Selbstbehalt	500 €/US$	1 000 €/US$	2 500 €/US$	5 000 €/US$
	◯	◯	◯	◯	◯
ODER					
HÖHE DER ERSTATTUNGEN	100% der tatsächlichen Kosten		90% der tatsächlichen Kosten		80% der tatsächlichen Kosten
	◯		◯		◯

▸ Jahresbeitrag (inkl. aller Steuern): ☐☐☐☐☐,☐☐

◯ **UMFASSENDE ASSISTANCE-VERSICHERUNG UND PRIVATE HAFTPFLICHTVERSICHERUNG**

▸ Jahresbeitrag (inkl. aller Steuern): ☐☐☐☐☐,☐☐

◯ STERBE- UND PFLEGEKAPITALVERSICHERUNG

Gewünschtes Kapital für den Hauptverscherten (zwischen 20.000 €/US$ und 500.000 €/US$): ,

Gewünschtes Kapital für den Lebenspartner (zwischen 20.000 €/US$ und 500.000 €/US$): ,

► **Jahresbeitrag (inkl. Steuern):** ,

BEZEICHNUNG DER BEGÜNSTIGEN BEI ABSCHLUSS DER STERBE- UND PFLEGEKAPITALVERSICHERUNG

Je nach Höhe des versicherten Sterbe- und Pflegekapitals sind **medizinische Nachweise** zu erbringen. Bitte beziehen Sie sich hierfür in der Leistungsübersicht auf Seite 9. Die genannten Begünstigten müssen **natürliche Personen** sein.

Hauptversicherter: Ich benenne als Begünstigten im Todesfall:

◯ meinen überlebenden Lebenspartner, der zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Kapitals nicht von mir gerichtlich getrennt lebt, andernfalls meine geborenen oder ungeborenen, lebenden oder vertretenen Kinder zu gleichen Teilen, andernfalls meine Verwandten in aufsteigender Linie zu gleichen Teilen, andernfalls meine Erben.

◯ andere/r Begünstigte/r (bitte geben Sie deren **Namen, Vornamen, Geburtsdatum und -ort sowie den Prozentsatz des zuzuteilenden Kapitals an**):

Lebenspartner: Ich benenne als Begünstigten im Todesfall:

◯ meinen überlebenden Lebenspartner, der zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Kapitals nicht von mir gerichtlich getrennt lebt, andernfalls meine geborenen oder ungeborenen, lebenden oder vertretenen Kinder zu gleichen Teilen, andernfalls meine Verwandten in aufsteigender Linie zu gleichen Teilen, andernfalls meine Erben.

◯ andere/r Begünstigte/r (bitte geben Sie deren **Namen, Vornamen, Geburtsdatum und -ort sowie den Prozentsatz des zuzuteilenden Kapitals an**):

7

Wird kein(e) Begünstigte(r) genau benannt, wird das Sterbekapital an den überlebenden Lebenspartner ausgezahlt, der zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Kapitals nicht vom/von der betroffenen Versicherten gerichtlich getrennt lebt, andernfalls an die geborenen oder ungeborenen, lebenden oder vertretenen Kinder zu gleichen Teilen, andernfalls an die Verwandten in aufsteigender Linie zu gleichen Teilen, andernfalls an die Erben.

WEITERE INFORMATIONEN BEI ABSCHLUSS DER LOHNFORTZAHLUNG IM KRANKHEITSFALL

Die erforderlichen medizinischen Nachweise sind jene, die der gewählten Höhe des Sterbekapitals entsprechen.

Hauptversicherter

Jährliches Nettoeinkommen[1,2]: ◯ € ◯ $ Gewünschtes Krankentagegeld:

Krankentagegeldansprüche bei der französischen Sozialversicherung: €

(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung zur Sozialversicherung ausfüllen)[3]

Befindet sich der Hauptversicherte in einer Firmengründungsphase? ◯ JA ◯ NEIN Wartezeit: ◯ 30 Tage ◯ 60 Tage

Wenn Sie eine Krankentagegeldversicherung für einen Betrag über 80 €/$ abschließen möchten, legen Sie eine Kopie Ihres letzten Einkommensteuerbescheides und Ihrer letzten Gehaltsabrechnung bei.

Lebenspartner

Jährliches Nettoeinkommen[1,2]: ◯ € ◯ $ Gewünschtes Krankentagegeld:

Krankentagegeldansprüche bei der französischen Sozialversicherung: €

(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung zur Sozialversicherung ausfüllen)[3]

Befindet sich der Lebenspartner in einer Firmengründungsphase? ◯ JA ◯ NEIN Wartezeit: ◯ 30 Tage ◯ 60 Tage

Wenn Sie eine Krankentagegeldversicherung für einen Betrag über 80 €/$ abschließen möchten, legen Sie eine Kopie Ihres letzten Einkommensteuerbescheides und Ihrer letzten Gehaltsabrechnung bei.

► **Gesamtjahresbeitrag:** ,

[1] *Pflichtfelder*

[2] *Bei Unternehmensgründung oder Wiederaufnahme der Berufstätigkeit darf die monatliche Gesamtsumme der Tagegelder nicht höher als 70 % Ihres ehemaligen monatlichen Nettoverdienstes sein.*

[3] *In diesem Fall darf die Gesamtsumme der Tagegelder pro Monat aus der Basisversicherung und dem Vertrag MyHealth International nicht höher als 100 % des monatlichen Nettoverdienstes sein.*

Berechnung und Zahlungsweise des Versicherungsbeitrags:

GEWÜNSCHTES ZAHLUNGSINTERVALL	Wählen Sie Ihre Zahlungsweise unter den folgenden Optionen aus:			
	SEPA-Lastschrift von einem in Euro geführten Bankkonto	Kreditkarte (Eurocard-Mastercard, Visa und American Express)	PayPal	Banküberweisung
WÄHRUNG	**Zahlung nur in Euro möglich**	◯ € ◯ US$	◯ € ◯ US$	◯ € ◯ US$
		Zahlung in US$ nur für Verträge, die in dieser Währung abgeschlossen werden		
Jährliche Zahlung	◯	◯	◯	◯
Halbjährliche Zahlung	◯	◯ 20 €/$ Ratenzuschlag pro Halbjahr, entspricht 40 €/$ pro Jahr	◯ 20 €/$ Ratenzuschlag pro Halbjahr, entspricht 40 €/$ pro Jahr	◯ 20 €/$ Ratenzuschlag pro Halbjahr, entspricht 40 €/$ pro Jahr
Vierteljährliche Zahlung	◯	◯ 20 €/$ Ratenzuschlag pro Quartal, entspricht 80 €/$ pro Jahr	◯ 20 €/$ Ratenzuschlag pro Quartal, entspricht 80 €/$ pro Jahr	◯ 20 €/$ Ratenzuschlag pro Quartal, entspricht 80 €/$ pro Jahr
Monatliche Zahlung	◯	—	—	—

8

▸ BERECHNUNG DES JAHRESBEITRAGES

Jahresbeitrag inkl. Geb. (lt. übermitteltem Angebot): _____ ,__

Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft in die Association des Assurés APRIL ergänzend zu den ausgewählten Leistungen: + 3 ,00

Ratenzuschlag (außer bei SEPA-Lastschrift oder jährlicher Zahlung): + _____ ,__

Gesamtjahresbeitrag*: _____ ,__

*Die Höhe der Beiträge kann gemäß der versicherungstechnischen Ergebnisse der Versichertengruppe am jährlichen Fälligkeitsdatum neu bestimmt werden.

Ihr erster Beitrag: _____ ,__

Ihr erster Beitrag entspricht der ersten Rate des Gesamtjahresbeitrages.

Bei Auswahl der Beitragszahlung per Banküberweisung, Kreditkarte oder PayPal beachten Sie bitte, dass es in Ihrer Verantwortung liegt, die Zahlung fristgerecht zu jeder Fälligkeit vorzunehmen.

Bei Auswahl der Beitragszahlung per SEPA-Lastschrift füllen Sie bitte die SEPA-Einzugsermächtigung auf Seite 16 aus. Bitte fügen Sie der Einzugsermächtigung ein offizielles Dokument Ihrer Bank bei, aus der Ihre vollständige Bankverbindung hervorgeht.

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

UNTERZEICHNUNG DES AUFNAHMEANTRAGS

Ich beantrage meine Aufnahme in die Association des Assurés APRIL im Rahmen der abgeschlossenen Vereinbarungen mit Groupama Gan Vie für die Krankenversicherung, das Sterbe- und Pflegekapital und die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und mit CHUBB für die Assistance-Versicherung und die Privathaftpflichtversicherung für die auf dem Aufnahmeantrag genannten Versicherten. Ich erkläre, die Satzung der Association des Assurés APRIL zur Kenntnis genommen zu haben (in den allgemeinen Versicherungsbedingungen verfügbar).

Ich erkläre, das Informationsblatt zum Versicherungsprodukt MHICovIPID, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (mit der Bezeichnung MHI Cov25S3, die den Status eines Informationsschreibens 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 Care France gelten. Mein Vertrag verlängert sich stillschweigend zu jeder Hauptfälligkeit für die Dauer von einem Jahr.

Bei Änderung meines Vertrags durch Nachtrag nehme ich zur Kenntnis, dass die o. g. Allgemeinen Versicherungsbedingungen die geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind.

Ich erkenne an, dass APRIL International Care France dazu veranlasst sein kann, personenbezogene Daten von mir zu erheben. Informationen über die Verarbeitung dieser Daten und darüber, wie ich meine Rechte über diese Daten ausüben kann, befinden sich in dem Informationsblatt - Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (Datenschutzerklärung), das mir ausgehändigt wurde.

Ich erkenne an, dass mich der Abschluss dieses Vertrags nicht von den Beiträgen zu den gesetzlichen Versicherungen befreit, deren Versicherter ich u. U. bin.

Ich erkenne an, dass die Erstattungen oder Entschädigungen für Kosten, die durch eine Krankheit, eine Schwangerschaft 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 Care France auffordert, gleichwertigen Versicherungsschutz anzuzeigen, den ich eventuell mit anderen Versicherungsorganen vereinbart habe, und dass für bestimmte Leistungen Wartezeiten gelten.

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

Im Rahmen meines Vertragsabschlusses in Ergänzung zur französischen Sozialversicherung kann ich jederzeit der Weitergabe von Informationen, die meine obligatorische Krankenversicherung besitzt und die meine in Anspruch genommenen Leistungen widerspiegeln, durch diese an APRIL International Care France schriftlich widersprechen.

9 Im Rahmen eines Abschlusses des Vertrags ohne Selbstbehalt in Euro oder Dollar verpflichte ich mich, APRIL International Care France alle Beträge zu erstatten, die mir von anderen Einrichtungen der Sozialversicherung und/oder einer Zusatzversicherung oder einer Vorsorgeeinrichtung erstattet werden.

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

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

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

Ausgefertigt in _____ am ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

(Wir können einen in den USA unterschriebenen Antrag nicht akzeptieren.)

Unterschrift des Hauptversicherten: Bitte stellen Sie Ihrer Unterschrift den handschriftlichen Vermerk **„Gelesen und genehmigt"** voran:	**Unterschrift des Lebenspartners/der Lebenspartnerin:** Bitte stellen Sie Ihrer Unterschrift den handschriftlichen Vermerk **„Gelesen und genehmigt"** voran:	**Unterschrift des Versicherungsnehmers** (wenn vom Hauptversicherten abweichend): Bitte stellen Sie Ihrer Unterschrift den handschriftlichen Vermerk **„Gelesen und genehmigt"** voran:

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

MyHealth International
GESUNDHEITSFRAGEBOGEN (1/4)

Name: Geburtsname: Vorname(n):

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): / / Land der Staatsanghörigkeit:

SEHR WICHTIG

Dieser Gesundheitsfragebogen ist für einen Zeitraum von max. 3 Monate gültig.

Wenn Ihr Vertrag zum Beispiel am 01.04. in Kraft treten soll, können Sie diesen Fragebogen zwischen dem 01.01. und dem 31.03. ausfüllen und unterschreiben. Jede zu versichernde Person muss einen Fragebogen ausfüllen. Wenn der Vertrag mehr als zwei zu versichernde Personen umfasst, fertigen Sie bitte eine Fotokopie des Fragebogens an.
Die Fragen **6)** und **9)** sind für minderjährige Kinder nicht auszufüllen.
Die Fragen **3c)**, **3d)**, **4** und **7** müssen nicht ausgefüllt werden, wenn Sie den Tarif Emergency abschließen möchten.

1 ART. L.112-8 [FRZ.] VERSICHERUNGSGESETZ : Unabhängig von den normalen Nichtigkeitsbedingungen und vorbehaltlich der Bestimmungen von Art. L.132-26 ist der Versicherungsvertrag bei Verschweigen von Tatsachen oder bewusst falschen Angaben von Seiten des Versicherten nichtig, wenn sich aufgrund dieses Verschweigens oder dieser falschen Angabe der Gegenstand des Risikos oder dessen Beurteilung für den Versicherer ändert, auch wenn das vom Versicherten verschwiegene oder falsch dargestellte Risiko für den Schaden ohne Belang war.

2 LESEN SIE SICH DEN FOLGENDEN FRAGEBOGEN SEHR GENAU DURCH: Wir weisen Sie ausdrücklich auf die Bedeutung dieses Fragebogens hin, der unbedingt vollständig beantwortet, datiert und unterschrieben werden muss. 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 in diesem Gesundheitsfragebogen bereitgestellten Informationen zu bestätigen und uns zu versichern, dass die während der Behandlung festgestellten Erkrankungen nicht widersprüchlich oder inkohärent gegenüber den Informationen sind, die bei Vertragsabschluss angegeben wurden. Jede Veränderung des Gesundheitszustands zwischen dem Datum der Unterzeichnung des Gesundheitsfragebogens und dem Datum des Inkrafttretens der Versicherungsleistungen muss unseren Abteilungen mitgeteilt werden.

3 VERTRAULICHKEIT: Unabhängig davon, welche Angaben Sie in dem Gesundhesitsfragebogen machen, bitten wir Sie, uns diesen mit Ihrem Aufnahmeantrag in einem versiegelten Umschlag mit dem Hinweis **„ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT"** an den Vertrauensarzt gemeinsam **mit allen medizinischen Unterlagen, welche die Prüfung Ihres Antrages unterstützen können**, an die folgende Adresse zu schicken:

APRIL International Care France
Service Courrier - À l'attention du Médecin Conseil - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

IHRE GRÖSSE: Zentimeter Kilogramm **ODER** Inch Pounds

			NUR BEI POSITIVER ANTWORT AUSZUFÜLLEN
1	Werden oder wurden **in den letzten 15 Jahren** die Kosten einer langwierigen und schweren (oder chronische) Krankheit zu 100% von einem Krankenversicherungsträger übernommen?	☐ NEIN ☐ JA	*Grund:* *Datum:* *Dauer:*
2	Wurden Sie in den **letzten 10 Jahren** in einer Klinik stationär behandelt oder operiert, inkl. durch Endoskopie (andere Eingriffe als Kaiserschnitt, benigne Appendektomie, Weisheitszähne, Entfernung der Mandeln oder von Wucherungen in der Kindheit oder andere)?	☐ NEIN ☐ JA	*Grund des/der stationären Aufenthaltes/Aufenthalte:* *Datum:* *Art des/der chirurgischen Eingriffes/Eingriffe:* *Datum:* *Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant?* ☐ NEIN ☐ JA *Wenn JA, welche?*

MyHealth International
GESUNDHEITSFRAGEBOGEN (1/4)

Name: Geburtsname: Vorname(n):

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): / / Land der Staatsanghörigkeit:

SEHR WICHTIG

Dieser Gesundheitsfragebogen ist für einen Zeitraum von max. 3 Monate gültig.

Wenn Ihr Vertrag zum Beispiel am 01.04. in Kraft treten soll, können Sie diesen Fragebogen zwischen dem 01.01. und dem 31.03. ausfüllen und unterschreiben. Jede zu versichernde Person muss einen Fragebogen ausfüllen. Wenn der Vertrag mehr als zwei zu versichernde Personen umfasst, fertigen Sie bitte eine Fotokopie des Fragebogens an.
Die Fragen **6)** und **9)** sind für minderjährige Kinder nicht auszufüllen.
Die Fragen **3c)**, **3d)**, **4** und **7** müssen nicht ausgefüllt werden, wenn Sie den Tarif Emergency abschließen möchten.

1 ART. L.112-8 [FRZ.] VERSICHERUNGSGESETZ : Unabhängig von den normalen Nichtigkeitsbedingungen und vorbehaltlich der Bestimmungen von Art. L.132-26 ist der Versicherungsvertrag bei Verschweigen von Tatsachen oder bewusst falschen Angaben von Seiten des Versicherten nichtig, wenn sich aufgrund dieses Verschweigens oder dieser falschen Angabe der Gegenstand des Risikos oder dessen Beurteilung für den Versicherer ändert, auch wenn das vom Versicherten verschwiegene oder falsch dargestellte Risiko für den Schaden ohne Belang war.

2 LESEN SIE SICH DEN FOLGENDEN FRAGEBOGEN SEHR GENAU DURCH: Wir weisen Sie ausdrücklich auf die Bedeutung dieses Fragebogens hin, der unbedingt vollständig beantwortet, datiert und unterschrieben werden muss. 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 in diesem Gesundheitsfragebogen bereitgestellten Informationen zu bestätigen und uns zu versichern, dass die während der Behandlung festgestellten Erkrankungen nicht widersprüchlich oder inkohärent gegenüber den Informationen sind, die bei Vertragsabschluss angegeben wurden..

3 VERTRAULICHKEIT: Unabhängig davon, welche Angaben Sie in dem Gesundhesitsfragebogen machen, bitten wir Sie, uns diesen mit Ihrem Aufnahmeantrag in einem versiegelten Umschlag mit dem Hinweis **„ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT"** an den Vertrauensarzt gemeinsam **mit allen medizinischen Unterlagen, welche die Prüfung Ihres Antrages unterstützen können**, an die folgende Adresse zu schicken:

APRIL International Care France
Service Courrier - À l'attention du Médecin Conseil - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

IHRE GRÖSSE: Zentimeter Kilogramm **ODER** Inch Pounds

			NUR BEI POSITIVER ANTWORT AUSZUFÜLLEN
1	Werden oder wurden **in den letzten 15 Jahren** die Kosten einer langwierigen und schweren (oder chronische) Krankheit zu 100% von einem Krankenversicherungsträger übernommen?	☐ NEIN ☐ JA	*Grund:* *Datum:* *Dauer:*
2	Wurden Sie in den **letzten 10 Jahren** in einer Klinik stationär behandelt oder operiert, inkl. durch Endoskopie (andere Eingriffe als Kaiserschnitt, benigne Appendektomie, Weisheitszähne, Entfernung der Mandeln oder von Wucherungen in der Kindheit oder andere)?	☐ NEIN ☐ JA	*Grund des/der stationären Aufenthaltes/Aufenthalte:* *Datum:* *Art des/der chirurgischen Eingriffes/Eingriffe:* *Datum:* *Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant?* ☐ NEIN ☐ JA *Wenn JA, welche?*

MyHealth International
GESUNDHEITSFRAGEBOGEN (2/4)

Name: Geburtsname: Vorname(n):

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): / / Land der Staatsanghörigkeit:

3	**a)** Haben Sie in den **letzten 5 Jahren** einen Arzt konsultiert wegen einer Beeinträchtigung der Knochen, Sehnen, Bänder, Gelenke oder einer rheumatischen Beeinträchtigung, einschließlich der Beeinträchtigungen der Wirbelsäule (Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Zervikalgie, Ischialgie oder sonstige) oder sonstige Beeinträchtigungen des Typs Fibromyalgie?	☐ NEIN ☐ JA	*Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung:* *Datum:* ***Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant?*** ☐ NEIN ☐ JA *Wenn **JA**, welche?*
	b) Haben Sie in den **letzten 5 Jahren** einen Arzt konsultiert wegen psychischen Störungen (Beispiele: Angst, Depression, Überlastung, Burnout, Psychose oder sonstige psychische und/oder psychiatrische Störungen)?	☐ NEIN ☐ JA	*Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung:* *Datum:* ***Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant?*** ☐ NEIN ☐ JA *Wenn **JA**, welche?*
	c) Haben Sie in den **letzten 5 Jahren** einen Arzt konsultiert wegen einer Herz-Kreislauf-Störung (Beispiele: Bluthochdruck, Lungenembolie, Herzrhythmusstörung, Venenentzündung, Infarkt, Schlaganfall) oder wegen einer anderen Beeinträchtigung des Herzens und/oder des Kreislaufes?	☐ NEIN ☐ JA	*Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung:* *Datum:* ***Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant?*** ☐ NEIN ☐ JA *Wenn **JA**, welche?*
	d) Haben Sie in den **letzten 5 Jahren** einen Arzt konsultiert wegen Atembeschwerden (Beispiele: Asthma, rezidivierende oder chronische Bronchitis oder sonstige Erkrankungen der Atemwege), die nicht zu den jahreszeitlich bedingten akuten Erkrankungen gehören?	☐ NEIN ☐ JA	*Beschreiben Sie das Problem und die Behandlung:* *Datum:* ***Finden derzeit Behandlungen statt oder sind Behandlungen geplant?*** ☐ NEIN ☐ JA *Wenn **JA**, welche?*
4	Haben Sie einen Test für HIVSeropositivität (AIDS), Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV durchführen lassen, dessen Ergebnis **„POSITIV"** war?	☐ NEIN ☐ JA	*Wenn **JA**, welche?* *Datum:*

MyHealth International
GESUNDHEITSFRAGEBOGEN (3/4)

Name: Geburtsname: Vorname(n):

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Land der Staatsanghörigkeit:

5	Wurden Sie in den **letzten 5 Jahren** länger als 30 Tage auf ärztliche Verordnung medizinisch behandelt?	☐ NEIN ☐ JA	*Grund/Gründe:* *Art der Behandlung:* *Datum:* *Dauer:*
6	Sind Sie derzeit oder waren Sie **in den letzten 5 Jahren** länger als 30 Tage (ganz oder teilweise) aus gesundheitlichen Gründen auf ärztliche Verordnung der Arbeit freigestellt (gesetzlicher Urlaub und Schwangerschaft ausgenommen)?	☐ NEIN ☐ JA	*Wenn **JA**:* ***Krankheit*** ☐ ***Unfall*** ☐ *Art:* *Datum:* *Dauer:* *Folgeschäden:*
7	Sind Sie derzeit krank und/oder haben Beschwerden bzw. werden Sie medizinisch behandelt?	☐ NEIN ☐ JA	*Art der Krankheit oder der Beschwerden:* *Datum/Jahr des Auftretens:* *Art der medizinischen Behandlung:* *Seit wann (TTMMJJJJ):* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
8	Erhalten Sie **derzeit** eine regelmäßige oder 30 Tage andauernde und ärztlich verordnete medizinische Behandlung?	☐ NEIN ☐ JA	*Grund/Gründe:* *Art der medizinischen Behandlung:* *Seit wann (TTMMJJJJ):* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
9	Haben Sie eine Pension, Rente oder Zuwendung aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität?	☐ NEIN ☐ JA	*Grund:* *Seit wann (TTMMJJJJ):* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
10	Haben Sie eine Missbildung oder eine Behinderung?	☐ NEIN ☐ JA	*Grund:* *Seit wann (TTMMJJJJ):* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

MyHealth International
GESUNDHEITSFRAGEBOGEN (4/4)

Name: Geburtsname: Vorname(n):

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): / / Land der Staatsanghörigkeit:

11

SIND IN DEN NÄCHSTEN 12 MONATEN GEPLANT:

a) Medizinische Untersuchungen (Labor, medizinische Bildgebung, Endoskopie oder sonstige medizinische Untersuchungen)?	☐ NEIN ☐ JA	*Grund:* *Art der Untersuchungen:* *Datum:*
b) Facharztkonsultationen?	☐ NEIN ☐ JA	*Grund:* *Datum:*
c) Operationen?	☐ NEIN ☐ JA	*Grund:* *Art der Operation:* *Datum:*

Hinweise bei positiver Antwort (JA) auf eine der Fragen:
Um die Bearbeitung Ihres Antrages zu erleichtern, geben Sie uns bitte hier so viele Details wie möglich über die in dem Gesundheitsfragebogen genannten Krankheiten und Beschwerden. Fügen Sie ebenfalls die Kopien von **allen ARZTBERICHTEN bzw. ERGÄNZENDEN UNTERLAGEN** bei, die unseren Ärzten helfen könnten, Ihren Antrag schnellstmöglich zu bearbeiten: **Krankenhausberichte, Operationsberichte, Ergebnisse und Berichte der durchgeführten Zusatzuntersuchungen und -analysen (Biologie, Radiologie, Fachuntersuchungen, etc.), die Berichte der letzten Arztbesuche, die letzten medizinischen Verschreibungen, ärztliche Atteste, etc..**

Sollten Sie an einer Krankheit leiden, die Sie nicht bei den vorherigen Fragen angeben konnten, geben Sie diese nun nachfolgend an:

Konsequenzen im Fall einer falschen oder unvollständigen Erklärung: Bevor Sie diesen Gesundheitsfragebogen unterschreiben, bitten wir Sie, Ihre Erklärungen mit größter Sorgfalt noch einmal durchzulesen, da jede Weglassung Ihrerseits zu einer Ablehnung der Erstattung Ihrer Heilbehandlungskosten und der Kündigung Ihrer Leistungen führen kann.

Ich bestätige die Richtigkeit und Genauigkeit dieser Erklärungen. Ich genehmige ausdrücklich das Sammeln und Auswerten der Daten über meine Gesundheit, die für die Verwaltung meines Vertrages und meiner Versicherungen notwendig sind, wobei diese Daten unter Einhaltung der Regeln durchgeführt werden, die für die ärztliche Schweigepflicht gelten. Sie sind ausschließlich für den Vertrauensarzt bestimmt, den Medizinischen Dienst bzw. die internen oder externen Personen mit spezieller Berechtigung. Diese Daten können auch von berechtigten Personen im Rahmen der Betrugsbekämpfung verwendet werden. Ich verfüge über ein Recht auf Zugriff, Berichtigung und Löschung, welches ich mit Postbrief, der Fotokopie eines Identitätsausweises beiliegend, beim Vertrauensarzt an der oben genannten Adresse ausüben kann.

Ausgefertigt in ..... am (TTMMJJJJ): / /

Unterschrift des Hauptversicherten:
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters für minderjährige Versicherte:
Bitte stellen Sie Ihrer Unterschrift den handschriftlichen Vermerk „Gelesen und genehmigt" voran

WIDERRUF

ARTIKEL L.112-9 UND ARTIKEL L132-5-1 DES FRANZÖSISCHEN VERSICHERUNGSGESETZES

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

Article L.112-9: „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 Haustürgeschäftes ist und in diesem Rahmen ein Versicherungsangebot oder einen Vertrag unterzeichnet, dessen Gegenstand nicht in den Rahmen ihrer Geschäfts- oder Berufstätigkeit fällt, kann diesen per einfachem Einschreiben innerhalb einer Frist von vierzehn vollen Kalendertagen ab dem Tag des Vertragsschlusses ohne Begründung und straffrei widerrufen."

Article L.132-5-1: „Jede natürliche Person, die ein Angebot oder einen Vertrag für eine Lebens- oder Kapitalisationsversicherung unterzeichnet hat hat das Recht durch Versand eines Einschreibens oder durch eine elektronische Einschreibesendung mit Rückschein während der Frist von 30 Kalendertagen ab dem Zeitpunkt, an dem ihr bestätigt wurde, dass der Vertrag abgeschlossen wurde, diesen widerrufen. Diese Frist endet am letzten Tag um Mitternacht. Wenn diese Frist an einem Samstag, einem Sonntag, einem Feiertag oder einem arbeitsfreien Tag abläuft, wird sie nicht verlängert.
Der Widerruf hat zur Folge die Rückerstattung durch das Versicherungs- oder das Kapitalisationsunternehmen der Gesamtsumme der gezahlten Beträge des Vertragsnehmers innerhalb einer Frist von 30 Kalendertagen nach Eingang des Einschreibens oder der Versendung der elektronischen Einschreibesendung mit Rückschein. Nach Ablauf dieser Frist, die nicht erstatteten Beträge erzeugen Zinsen mit dem gesetzlichen Zinssatz, zuzüglich der Hälfte, während zwei Monate, und anschließend, nach Ablauf dieser Frist von zwei Monaten mit dem doppelten gesetzlichen Zinssatz."

Bedingungen: Wenn Sie Ihren Antrag widerrufen wollen, füllen Sie dieses abtrennbare Formular aus und unterschreiben Sie dieses. Schicken Sie es per normalen Postbrief an die obige Adresse. Versenden Sie es spätestens innerhalb einer Frist von 14 Tagen (oder einer Frist von 30 Tagen für die Sterbe- und Pflegekapital versicherung) ab dem Tag nach dem Datum der Unterzeichnung Ihres Aufnahmeantrages 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, widerrufe den nachfolgend genannten Aufnahmeantrag:

Name des Vertrages: **MyHealth International Ref. MHI Cov25S3**

Vertragsnummer:

Kundennummer:

Datum der Unterzeichnung des Aufnahmeantrages: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Name des Versicherungsnehmers:

Vorname des Versicherungsnehmers:

Geburtsdatum des Versicherungsnehmers:

Anschrift des Versicherungsnehmers:

Postleitzahl: Stadt:

Land:

Telefonnummer: +

Name des Versicherungsberaters:

Geburtsdatum des Versicherungsnehmers:

Anschrift des Versicherungsberaters:

Postleitzahl: Stadt:

Land:

Telefonnummer: +

Datum und Unterschrift des Versicherungsnehmers:
☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

SEPA-Einzugsermächtigung

(bitte ausfüllen, wenn die Zahlungen durch Lastschrift erfolgen sollen)

Angebots-/Vertragsnummer:

Mandatsreferenz (nicht ausfüllen):

Durch Unterzeichnung dieser Vollmacht bevollmächtigen Sie (A) APRIL International Care France, Anweisungen an Ihre Bank zu schicken, um Ihr Konto zu belasten, und (B) Ihre Bank, Ihr Konto gemäß den Anweisungen von APRIL International Care France zu belasten.

Sie können dieser Lastschrift gemäß den Bedingungen Ihrer Bank widersprechen. Der Widerspruch ist bei genehmigten Lastschriften innerhalb von 8 Wochen nach dem Datum der Belastung Ihres Kontos einzureichen.

Füllen Sie bitte die mit* markierten Felder aus

DATEN DES KONTOINHABERS:

Name des Zahlungspflichtigen*:

Vorname des Zahlungspflichtigen*:

Adresse des Zahlungspflichtigen*:

Postleitzahl*: Stadt*:

Land*:

Angaben des zu belastenden Kontos*:

IBAN-Code:

BIC-Code:

Name der Bank:

Art der Zahlung* (Zutreffendes ankreuzen): ☑ Wiederkehrende Zahlung ○ Einmalige Zahlung

ZAHLUNGSEMPFÄNGER:

APRIL International Care France - 14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANKREICH
SEPA-Gläubiger-Identifikationsnummer: FR54ZZZ004082

Unterzeichnet in*:

Datum (TTMMJJJJ)*: / /

Hinweis: Ihre Rechte, die sich auf diesen Auftrag beziehen, können Sie bei Ihrer Bank in Erfahrung bringen.

Die in diesem Auftrag enthaltenen Informationen werden von APRIL International Care France zur Durchführung Ihrer Lastschriften elektronisch verarbeitet und nur zu diesem Zwecke an Ihre Bank weitergeleitet. Gemäß der Bestimmungen der Verordnung (EU) Nr. 2016/679 vom 27 April 2016 zum Datenschutz, verfügen Sie über ein Recht auf Zugriff, Berechtigung, Löschung, Widerspruch, Begrenzung der Verarbeitung und Übertragbarkeit Ihrer personenbezogenen Daten, sowie über ein Recht auf Festlegung der Richtlinien in Bezug auf die Speicherung, die Löschung und die Weitergabe dieser Daten nach Ihrem Ableben. Sie können diese Rechte ausüben, in dem Sie unseren Datenschutzbeauftragten kontaktieren: dpo.AICF@april.com.

Unterschrift*:

Dieser Bereich wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt

Alle Marken, Logos, Grafiken und Verkaufsargumente von APRIL International Care France in diesem Dokument wurden hinterlegt und sind Eigentum von APRIL International Care France.
Jede Vervielfältigung, ob teilweise oder vollständig, dieser Elemente und Texte jeder Art ist verboten und wird gerichtlich verfolgt. September 2024.

Firemensitz APRIL International Care France:

14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANKREICH
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 Résolution (Aufsichts- und Kontrollbehörde)
4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - FRANKREICH.
Produkt, entwickelt und verwaltet durch APRIL International Care France und versichert durch Groupama Gan Vie (Krankenversicherung, Sterbekapital und Krankentagegeld) und Chubb European Group SE (Assistance- und Privathaftpflichtversicherung).
NAF6622Z - USt. -Identifikationsnummer: FR60309707727

april International
VERSICHERUNG LEICHT GEMACHT