Aufnahmeantrag

MyHealth International

April International
VERSICHERUNG LEICHT GEMACHT

Sie möchten einen Aufnahmeantrag stellen:

A. Geben Sie Ihre persönlichen Daten ein.

B. Wählen Sie die gewünschte Auszahlungsmethode für Ihre Erstattungen.

C. Geben Sie das Datum an, ab dem Ihr Vertrag in Kraft treten soll.

D. Wählen Sie den gewünschten Leistungsumfang aus.

E. Berechnen Sie Ihren Beitrag und geben Sie die gewählte Zahlungsweise an.

F. Datieren und unterschreiben Sie Ihren Aufnahmeantrag auf Seite 8.

G. Datieren, vervollständigen und unterschreiben Sie den bzw. die Gesundheitsfragebögen.

H. Für die Zahlung Ihrer Versicherungsbeiträge haben Sie folgende Möglichkeiten zur Auswahl:
- per Kreditkarte,
- **oder** per Überweisung (in diesem Fall fügen Sie bitte eine Kopie des Überweisungsauftrags bei),
- **oder** per SEPA-Lastschrift von einem in Euro geführten Bankkonto (in einem Land der SEPA-Zone), indem Sie die SEPA-Einzugsermächtigung auf Seite 13 ausfüllen.

I. Wenn Sie eine Aufhebung der für die Krankenversicherung geltenden Wartezeiten beantragen möchten, fügen Sie die weniger als einen Monat alte Kündigungsbescheinigung sowie eine Leistungsübersicht Ihres Vorvertrages bei.

Senden Sie alles per E-Mail an:

kundenbetreuung@april.com



Unsere mehrsprachigen Teams stehen Ihnen gerne zur Verfügung:



Per Telefon:
+49 (0)221 29 29 482-0
Montag bis Freitag von 8:30 bis 18:00 Uhr (MEZ)

Per E-Mail:
kundenbetreuung@april.com

Aufnahmeantrag MyHealth International

Berater-Nummer: |

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

Wenn JA geben Sie bitte Ihre Kundennummer an: C

Versicherte(r) Angaben zur/zu den zu versichernden Person(en)

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

Nachname des **Hauptversicherten**:

Vornamen des **Hauptversicherten**:

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): / /

Staatsangehörigkeit:

Genaue Berufsbezeichnung:

Berufsgruppe:

Aufenthaltsland im Ausland:

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

E-Mail:

Angaben zu Ihrem derzeitigen internationalen Krankenversicherungsschutz

◯ **Keinen**

◯ **Lokale „Sozialversicherung“**

◯ **Private Versicherung:**
- Name des Versicherers:
- Beginn Ihres Vertrags (MM/JJJJ): /
- Enddatum Ihres Vertrags (MM/JJJJ): /

Anrede des Lebens**partners**: Frau ◯ Herr ◯

Nachname des Lebens**partners**:

Vornamen des Lebens**partners**:

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): / /

Staatsangehörigkeit:

Genaue Berufsbezeichnung:

Berufsgruppe:

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

E-Mail:

**Person, die ein hohes politisches, richterliches oder administratives Amt ausübt oder seit weniger als einem Jahr ausgeübt hat oder im Auftrag einer öffentlichen internationalen Institution tätig ist.*

Versicherte(r) | **Angaben zur/zu den zu versichernden Person(en)** (Fortsetzung)

Name des 1. unterhaltsberechtigten **Kindes**:

Vornamen des 1. unterhaltsberechtigten **Kindes**:

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Geschlecht: männlich ◯ weiblich ◯

Name des 2. unterhaltsberechtigten **Kindes**:

Vornamen des 2. unterhaltsberechtigten **Kindes**:

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Geschlecht: männlich ◯ weiblich ◯

Name des 3. unterhaltsberechtigten **Kindes**:

Vornamen des 3. unterhaltsberechtigten **Kindes**:

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Geschlecht: männlich ◯ weiblich ◯

Name des 4. unterhaltsberechtigten **Kindes**:

Vornamen des 4. unterhaltsberechtigten **Kindes**:

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Geschlecht: männlich ◯ weiblich ◯

Name des 5. unterhaltsberechtigten **Kindes**:

Vornamen des 5. unterhaltsberechtigten **Kindes**:

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Geschlecht: männlich ◯ weiblich ◯

Name des 6. unterhaltsberechtigten **Kindes**:

Vornamen des 6. unterhaltsberechtigten **Kindes**:

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Geschlecht: männlich ◯ weiblich ◯

Name des 7. unterhaltsberechtigten **Kindes**:

Vornamen des 7. unterhaltsberechtigten **Kindes**:

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Geschlecht: männlich ◯ weiblich ◯

Hauptversicherter | Gewünschte Korrespondenzadresse

Adresse:

Postleitzahl: Stadt:

Land:

Mobiltelefonnummer: +

Ich wähle die Sprache, in der ich meine Korrespondenz erhalten möchte: Deutsch ◯ Englisch ◯ Spanisch ◯

VERSICHERUNGSNEHMER (BEITRAGSZAHLER)

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

◯ **Der Versicherungsnehmer ist nicht der Hauptversicherte**

Privatperson ◯

Anrede: Frau ◯ Herr ◯

Nachname:

Geburtsname:

Vorname:

Unternehmen ◯

Firmenname:

Anrede: Frau ◯ Herr ◯

Nachname des wirtschaftlichen Berechtigten des Unternehmens:

Geburtsname des wirtschaftlichen Berechtigten des Unternehmens:

Vorname des wirtschaftlichen Berechtigten des Unternehmens:

Bitte fügen Sie einen Nachweis über den bzw. die wirtschaftlich Berechtigten (UBO) des Unternehmens bei (z. B. einen Auszug aus dem Register der wirtschaftlich Berechtigten bzw. eine UBO-Erklärung).

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): / /

Staatsangehörigkeit:

Adresse:

Postleitzahl: Stadt:

Bundesstaat/Bundesland/Region/Bezirk:

Land:

Festnetznummer: + Mobiltelefonnummer: +

E-Mail:

Gewünschte Auszahlungsmethode der Erstattungen:

◯ per Banküberweisung ◯ keine Angaben

Je nachdem, in welchem Land Ihr Bankkonto geführt wird, können von Ihrer Bank Gebühren einbehalten werden. Die Erstattung erfolgt in der Währung, in der Ihr Vertrag verwaltet wird, d. h. in € oder US$ (siehe Allgemeine Versicherungsbedingungen, Artikel 7. BEITRÄGE).

Kontoinhaber:

Kontonummer: BIC/SWIFT-Code:

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 dem Ihre vollständige Bankverbindung hervorgeht.

Ihr Versicherungsschutz:

Gewünschtes Datum des Inkrafttreten (TTMMJJJJ): ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

(vorbehaltlich der Annahme des Antrags und frühestens am Tag nach Eingang des Aufnahmeantrags. Sollte Ihr Antrag eine medizinische Prüfung erfordern, beginnt ihr Vertrag frühestens am Tag der Unterzeichnung der Ihnen mitgeteilten Aufnahmebedingungen.)

Aufenthaltsland im Ausland:

Versicherungszone: ◯ Weltweit ◯ Weltweit ohne USA

Auswahl der Währung: ◯ Euro ◯ US-Dollar

Krankenversicherung

Tarif und Leistungsumfang:

Leistungsumfang	Explore	Essential	Extensive	Elite
Stationäre Heilbehandlung	◯	◯	◯	◯
Ambulante Heilbehandlung	—			
Sehhilfen/Zahnmedizin	—	◯ (optional)		
Schwangerschaft	—	—	◯ (optional)	◯ (optional)

Selbstbehalt: ◯ Kein Selbstbehalt ◯ 500 €/US$ ◯ 1.000 €/US$ ◯ 2.500 €/US$ ◯ 5.000 €/US$

Prozentuale Erstattungshöhe: ◯ Keine prozentuale Erstattungshöhe ◯ 90% ◯ 80% ◯ 70%

Jahresbeitrag inkl. Steuern: ☐☐☐☐☐,☐☐

Umfassende Assistance- und Privathaftpflichtversicherung

Jahresbeitrag inkl. Steuern: ☐☐☐☐☐,☐☐

Berechnung und Zahlungsweise der Versicherungsbeiträge

Gewünschte Zahlungsweise	Wählen Sie Ihre Zahlungsmethode 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 €/US$ Ratenzuschlag pro Halbjahr, d. h. 40 €/US$ pro Jahr	◯ 20 €/US$ Ratenzuschlag pro Halbjahr, d. h. 40 €/US$ pro Jahr	◯ 20 €/US$ Ratenzuschlag pro Halbjahr, d. h. 40 €/US$ pro Jahr
Vierteljährliche Zahlung	◯	◯ 20 €/US$ Ratenzuschlag pro Quartal, d. h. 80 €/US$ pro Jahr	◯ 20 €/US$ Ratenzuschlag pro Quartal, d. h. 80 €/US$ pro Jahr	◯ 20 €/US$ Ratenzuschlag pro Quartal, d. h. 80 €/US$ pro Jahr
Monatliche Zahlung	◯	—	—	—

Berechnung des Jahresbeitrags

Gesamtjahresbeitrag inkl. Steuern:	,
Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft in die „Association des assurés APRIL" ergänzend zu den ausgewählten Versicherungsleistungen:	3 0 0 ,
Ratenzuschlag:	,
Gesamtjahresbeitrag*: *Die Höhe der Beiträge kann gemäß der versicherungstechnischen Ergebnisse der Versichertengruppe zum Jahrestag Ihres Vertrags angepasst werden.	,
Ihr erster zu zahlender Beitrag: Ihr erster Beitrag entspricht der ersten Rate des Gesamtjahresbeitrags.	,



Ihre Beitragsrechnungen sind in elektronischer Form verfügbar: Diese werden Ihnen per E-Mail zugesandt und sind online in Ihrem **Versichertenportal** einsehbar.

Unterzeichnung des MyHealth International-Aufnahmeantrags

Ich beantrage die Aufnahme in die Association des Assurés APRIL sowie die Aufnahme der in diesem Aufnahmeantrag aufgeführten Personen in die von dieser bei Groupama Gan Vie für die Krankenversicherung und bei CHUBB für die Assistance- und Privathaftpflichtversicherung abgeschlossenen Gruppenversicherungsverträge. Ich bestätige, die Satzung der Association des Assurés APRIL, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen verfügbar ist, zur Kenntnis genommen zu haben.

Ich bestätige, das Informationsblatt zum Versicherungsprodukt (Referenz NMHI26IPID) sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (zugleich Informationsblatt, Referenz NMHI26), insbesondere die Bestimmungen zu meinem Widerrufsrecht, erhalten und gelesen zu haben. Ich akzeptiere deren Inhalt, habe ein Exemplar davon aufbewahrt und die für die Verwaltungsleistungen von APRIL International Care France geltenden Bedingungen zur Kenntnis genommen. Ich erkenne an, dass sich meine Mitgliedschaft jeweils zum Jahrestag des Vertrags stillschweigend um ein weiteres Jahr verlängert.

Ich erkenne an, dass im Falle einer Vertragsänderung durch Nachtrag die oben genannten Allgemeinen Versicherungsbedingungen weiterhin Anwendung finden.

Im Rahmen meines Versicherungsantrags erhebt und verarbeitet APRIL International Care als Verantwortlicher für die Datenverarbeitung (allein oder gemeinsam mit dem Versicherer) meine personenbezogenen Daten sowie meine Gesundheitsdaten. Weitere Informationen zu dieser Datenverarbeitung und zu meinen Rechten finde ich im Informationsschreiben „Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten“ (Referenz AICF 21-08), das mir bei meinem Aufnahmeantrag in den Versicherungsvertrag ausgehändigt wurde.

Ich erkenne an, dass der Versicherungsvertrag ohne meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten weder abgeschlossen noch durchgeführt werden kann.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten von APRIL International Care France und dem Versicherer zum Zwecke des Abschlusses, der Verwaltung und der Durchführung des Vertrags verarbeitet werden, einschließlich der Risikoprüfung, der Bearbeitung von Beschwerden, Streitfällen und Regressansprüchen, der Risikoüberwachung, statistischer und versicherungsmathematischer Analysen sowie der Betrugsbekämpfung. Darüber hinaus willige ich ein, dass APRIL International Care France meine Daten im Rahmen der Qualitätsbewertung unserer Telefongespräche verarbeitet.

Ich erkenne an, dass die Erstattung oder Entschädigung von Kosten aufgrund von Krankheit, Schwangerschaft oder Unfall die mir tatsächlich in Rechnung gestellten Beträge nicht überschreiten darf. Ich erkläre mich damit einverstanden, auf Anfrage von APRIL International Care France vergleichbare Versicherungsleistungen anzugeben, die ich gegebenenfalls bei anderen Versicherungsunternehmen abgeschlossen habe. Zudem erkenne ich an, dass für bestimmte Leistungen Wartezeiten gelten.

Ich erkenne an, dass die Versicherungsunternehmen keine Kosten übernehmen, die unter Berücksichtigung des Ortes ihrer Entstehung als unangemessen oder ungewöhnlich hoch angesehen werden.

Ich verpflichte mich, sämtliche Beträge an APRIL International Care France zurückzuzahlen, die mir von einer Sozialversicherung, einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung sowie von einer Vorsorgeeinrichtung erstattet werden.

Ich erkenne an, dass die vorvertraglichen und vertraglichen Beziehungen französischem Recht unterliegen und in französischer Sprache geführt werden.

Ich bestätige, die gestellten Fragen persönlich, vollständig, wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet zu haben und keine Angaben verschwiegen oder ausgelassen zu haben, die die Versicherungsunternehmen irreführen könnten. Ich erkenne an, dass jede arglistige Verschweigung oder Falscherklärung die Anwendung der in den Artikeln L113-8 und L113-9 des französischen Versicherungsgesetzes vorgesehenen Sanktionen nach sich zieht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Verwaltung und Durchführung meines Vertrags auf elektronischem Wege erfolgt (einschließlich elektronischer Einschreiben). Diese Zustimmung kann ich jederzeit und kostenfrei über mein Versichertenportal widerrufen.

Ausgefertigt in _____ am (TTMMJJJJ): ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

(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: 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 Staatsangehörigkeit:

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.

1 ART. L.113-8 [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 derzeit behandelten 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 Gesundheitsfragebogen 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 chronischen) 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 Staatsangehörigkeit:

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 HIV-Seropositivität (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 Staatsangehörigkeit:

5	Wurden Sie in den **letzten 5 Jahren** länger als 30 Tage auf ärztliche Verordnung medizinis 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:

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:

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

ZAHLUNGSEMPFÄNGER:

APRIL International Care France - 14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANKREICH
SEPA-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers: 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*:

Bitte schicken Sie dieses Formular an APRIL International Care France und legen Sie unbedingt Ihre Bankverbindung bei.

Dieser Bereich wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt

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

Sobald Ihr Vertragsabschluss bestätigt wurde, erhalten Sie folgende Informationen in Ihrer Willkommens-E-Mail:

- Ihre Versicherungsbescheinigung,





- Ihre Versichertenkarte mit den Vertragsdaten und unseren Notfallnummern, die insbesondere für Assistance-Leistungen oder bei einer Krankenhauseinweisung zu benutzen sind,

- Ihre Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit detaillierten Informationen zur Funktionsweise Ihres Vertrags,





- Ihr Versicherungsleitfaden, der die Vorgehensweise in einem Schadenfall sowie alle wichtigen Kontaktdaten zusammenfasst.

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. Oktober 2026.

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) und Chubb European Group SE (alle weiteren Leistungen).
NAF6622Z - USt. -Identifikationsnummer: FR60309707727

april International