



# PASSPORTCARD INTERNATIONALE KRANKENVERSICHERUNG ANTRAGSFORMULAR

Die PassportCard Internationale Krankenversicherung („PassportCard-Versicherung“) wird vertrieben und verwaltet von der PassportCard Deutschland GmbH („PassportCard“ oder „Vertragsverwalter“). Versicherer ist AWP Health & Life SA („AWP“ oder „Versicherer“), Teil der Allianz-Gruppe.

Beachten Sie bitte, dass Sie mit Ihrer Unterschrift Ihrem (Ehe-)Partner vollen Zugriff auf Ihre Gesundheitsinformationen gewähren. Wenn Sie nicht damit einverstanden sind, sollte ein separater Antrag ausgefüllt werden.

Der Versicherungsschutz im Rahmen der PassportCard-Versicherung setzt die Annahme dieses Antrags voraus und wird durch die Ausstellung einer Mitgliedsbescheinigung bestätigt. Versicherungsschutz kann für Personen beantragt werden, die bei Beginn des Versicherungsschutzes unter 65 Jahre alt sind.

Nach dem Ausfüllen dieses Formulars und der Unterzeichnung der Erklärungen aller Personen über 18 Jahren, die in den Versicherungsschutz einbezogen werden sollen, senden Sie dieses bitte an Ihren Versicherungsvermittler oder per E-Mail an [vertrieb@passportcard.de](mailto:vertrieb@passportcard.de)

## Name des Vermittlers:

Soll eine zusätzliche Person zu einer bereits bestehenden PassportCard-Versicherung hinzugefügt werden, geben Sie bitte die aktuelle Vers.-Nr. wie auf Ihrer Mitgliedsbescheinigung angegeben an

Bestimmungsland:

Gewünschter Beginn des Versicherungsschutzes:

## 1. Angaben zu den Mitgliedern (bitte beachten: der Antragsteller ist das Hauptmitglied)

### Antragsteller:

|               |                      |                 |                      |             |   |
|---------------|----------------------|-----------------|----------------------|-------------|---|
| Nachname:     | <input type="text"/> | Vorname:        | <input type="text"/> | Geschlecht: | <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M |
| Geburtsdatum: | <input type="text"/> | Nationalität:   | <input type="text"/> |             |   |
| Passnummer:   | <input type="text"/> | E-Mail-Adresse: | <input type="text"/> |             |   |
| Telefon:      | <input type="text"/> | Mobiltelefon:   | <input type="text"/> |             |   |

### (Ehe-)Partner:

|               |                      |                 |                      |             |   |
|---------------|----------------------|-----------------|----------------------|-------------|---|
| Nachname:     | <input type="text"/> | Vorname:        | <input type="text"/> | Geschlecht: | <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M |
| Geburtsdatum: | <input type="text"/> | Nationalität:   | <input type="text"/> |             |   |
| Passnummer:   | <input type="text"/> | E-Mail-Adresse: | <input type="text"/> |             |   |
| Telefon:      | <input type="text"/> | Mobiltelefon:   | <input type="text"/> |             |   |

### Kind 1:

|               |                      |               |                      |             |   |
|---------------|----------------------|---------------|----------------------|-------------|---|
| Nachname:     | <input type="text"/> | Vorname:      | <input type="text"/> | Geschlecht: | <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M |
| Geburtsdatum: | <input type="text"/> | Nationalität: | <input type="text"/> |             |   |
| Passnummer:   | <input type="text"/> |               |                      |             |   |

### Kind 2:

|               |                      |               |                      |             |   |
|---------------|----------------------|---------------|----------------------|-------------|---|
| Nachname:     | <input type="text"/> | Vorname:      | <input type="text"/> | Geschlecht: | <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M |
| Geburtsdatum: | <input type="text"/> | Nationalität: | <input type="text"/> |             |   |
| Passnummer:   | <input type="text"/> |               |                      |             |   |

**Kind 3:**

Nachname:  Vorname:  Geschlecht:  W  M  
 Geburtsdatum:  Nationalität:   
 Passnummer:

**2. Korrespondenzanschrift**

Wir können schriftliche Korrespondenz und Details bezüglich Ihres Versicherungsschutzes an diese Adresse senden:

Anschrift:  Haus-Nr.:  Etage:  Apartment-Nr.:  Eingang:   
 Stadt:  PLZ:  Land:

**3. Versicherungsschutz****Geltungsbereich:**

Ihr Geltungsbereich wird automatisch durch Ihr Bestimmungsland bestimmt. Wenn Sie nicht in die USA reisen und den Versicherungsschutz auf die ganze Welt ohne USA ausdehnen möchten, wählen Sie bitte:

Weltweit ohne USA

**Wählen Sie Ihren Versicherungsschutz:**

Compact  Comfort  Premium

**Selbstbehalt auf stationäre Leistungen:**

ohne  1.000 EUR  2.500 EUR  5.000 EUR

**Optional:**

Erweiterte medizinische Evakuierung

**4. Gesundheitsfragen**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen auf der Grundlage Ihrer vollständigen Krankengeschichte sowie derer Ihrer Kinder (unter 18 Jahren, falls zutreffend). Alle wesentlichen Fakten müssen offengelegt werden. Sollten Gesundheitsfragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet werden, so kann Ihr Anspruch auf Versicherungsschutz erlöschen oder stark eingeschränkt werden. Wenn Sie nicht sicher sind, ob eine Angabe wesentlich für die Gewährung des Versicherungsschutzes ist, dann sollte die Angabe gemacht werden. Ihr (Ehe-)Partner, sofern zutreffend, muss die folgenden Fragen auch auf der Grundlage seiner/ihrer Krankengeschichte beantworten.

**A.** Bitte beachten Sie, dass Ihre Antworten auf die folgenden Gesundheitsfragen es PassportCard ermöglichen, eine medizinische Risikoprüfung für Ihren Versicherungsschutz durchzuführen. Unvollständige oder nicht wahrheitsgemäße Antworten können Ihren Anspruch auf Versicherungsschutz beeinträchtigen.

**B.** Die Gesundheitsfragen müssen separat für jede Person beantwortet werden, für die Versicherungsschutz beantragt wird.

**C.** Für jede positive Antwort auf eine der Gesundheitsfragen müssen weitere Angaben unter Punkt 5 gemacht werden.

Wenn eine bestimmte Frage unklar ist oder Sie zusätzliche Informationen über die vorvertragliche Anzeigepflicht oder zu Vorerkrankungen erhalten möchten, zögern Sie nicht, Ihren Vermittler oder PassportCard über die folgende Telefonnummer zu kontaktieren: +49 40 4600 20 222.

|              | Antragsteller        | (Ehe-)Partner        | Kind 1               | Kind 2               | Kind 3               |
|--------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Größe (cm)   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Gewicht (kg) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |



| FRAGEN   | Antragsteller |      | (Ehe-) Partner |      | Kind 1 |      | Kind 2 |      | Kind 3 |      |
|--|---------------|------|----------------|------|--------|------|--------|------|--------|------|
|  | Ja            | Nein | Ja             | Nein | Ja     | Nein | Ja     | Nein | Ja     | Nein |
| 1. Rauchen Sie aktuell oder haben Sie in den letzten 5 Jahren geraucht?  |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 2. Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 10 kg an Körpergewicht zu- oder abgenommen?  |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 3. Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine Diagnose auf Drogenmissbrauch oder Alkoholismus gestellt oder wurden Sie diesbezüglich behandelt? Trinken Sie aktuell, nehmen Sie Freizeitdrogen oder konsumieren Sie andere gefährliche Substanzen?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 4. Trinken Sie täglich mehr als ein Glas an alkoholischen Getränken (einschließlich Bier)?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 5. Sind Sie schwanger? Falls ja, in welcher Schwangerschaftswoche?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 6. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Komplikationen während der Schwangerschaft oder Geburt, Kaiserschnitte, Abtreibungen oder Fehlgeburten?  |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 7. Haben Sie in den letzten 10 Jahren an langfristiger Erschöpfung oder chronischer Müdigkeit gelitten?  |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 8. Wurden Sie jemals positiv auf HIV-Antikörper oder Hepatitis getestet?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 9. Waren Sie jemals an Unfällen einschließlich Verkehrsunfällen beteiligt, die Verletzungen, Behinderungen oder Funktionseinschränkungen zur Folge hatten?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| <b>Leiden Sie derzeit oder haben Sie in der Vergangenheit unter einer der folgenden Erkrankungen gelitten, werden/wurden diesbezüglich behandelt oder untersucht:</b>  |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 10. Erkrankungen des Atmungssystems einschließlich Lungenerkrankungen und/oder Atemwegserkrankungen (Anomalien der Nasenscheidewand, Sinusitis, Asthma) in den letzten 10 Jahren?  |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 11. Störungen des Verdauungssystems (Speiseröhre, Magen, Darm, Anus), Magersucht, Bulimie in den letzten 5 Jahren?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 12. Störungen oder Krankheiten des Harntrakts oder der Nieren in den letzten 5 Jahren?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 13. Störungen oder Krankheiten der Augen, Ohren, Nase, Nebenhöhlen, des Kiefers, Rachens, Halses oder der Zähne in den letzten 5 Jahren? Sind Sie in zahnärztlicher Behandlung, oder ist eine Behandlung geplant, oder haben Sie irgendwelche Probleme oder Symptome bezüglich Zähne, Zahnersatz oder Zahnfleisch? Fehlende Zähne? |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 14. Wiederkehrende Ohreninfektionen oder gerissenes Trommelfell in den letzten 5 Jahren?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 15. Störungen oder Krankheiten des Knochengerüsts, der Gelenke, des Muskelsystems oder Gelenkgewebes in den letzten 5 Jahren?  |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 16. Störungen oder Krankheiten des Rückens, der Wirbelsäule oder Extremitäten (Arme, Beine) in den letzten 5 Jahren?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 17. Störungen oder Krankheiten der Haut (z.B. Schuppenflechte, Warzen, verschiedene Hautflecken, Akne oder Pickel) in den letzten 5 Jahren?  |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 18. Krankheiten in Bezug auf die Funktion der Leber, Gallenblase, des Blinddarms, der Milz oder Bauchspeicheldrüse in den letzten 5 Jahren?  |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 19. Störungen oder Krankheiten des Herzens in den letzten 5 Jahren, oder hatten Sie jemals einen Herzinfarkt?  |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 20. Krankheiten der Blutgefäße, anormale Bluttestergebnisse, erhöhter oder niedriger Blutdruck, erhöhte Blutfettwerte, Auffälligkeiten beim Blutbild oder Probleme der Blutgerinnung in den letzten 5 Jahren?  |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |



| FRAGEN  | Antragsteller |      | (Ehe-) Partner |      | Kind 1 |      | Kind 2 |      | Kind 3 |      |
|---|---------------|------|----------------|------|--------|------|--------|------|--------|------|
|   | Ja            | Nein | Ja             | Nein | Ja     | Nein | Ja     | Nein | Ja     | Nein |
| <b>Leiden Sie derzeit oder haben Sie in der Vergangenheit unter einer der folgenden Erkrankungen gelitten, werden/wurden diesbezüglich behandelt oder untersucht:</b>   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 21. Erkrankungen des Gehirns oder der Nerven, Epilepsie oder Schlafstörungen in den letzten 5 Jahren?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 22. Dauerhafte Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Migräneanfälle, Kopfprellungen oder Bewusstseinsverluste in den letzten 5 Jahren?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 23. Irgendwelche Allergien?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 24. Hormonelle oder Stoffwechselerkrankungen einschließlich Schilddrüsenerkrankungen in den letzten 5 Jahren?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 25. Diabetes, erhöhte/zu niedrige Blutzuckerwerte oder Urinzucker in den letzten 5 Jahren?  |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 26. Krebs oder eine Krebsvorstufe in den letzten 10 Jahren?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 27. Erkrankungen des Immunsystems einschließlich Infektionskrankheiten in den letzten 5 Jahren?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 28. Paralyse/Lähmung oder irgendeine Form von Behinderung in den letzten 5 Jahren?  |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 29. Erkrankungen der Prostata, Hoden oder eine Geschlechtskrankheit in den letzten 5 Jahren?  |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 30. Erkrankungen des weiblichen Fortpflanzungssystems einschließlich Geschlechtskrankheiten oder anormale Zustände der Brüste in den letzten 5 Jahren?  |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 31. Eine Hernie (wie z.B. Zwerchfell-, Leisten- oder Nabelbruch) in den letzten 5 Jahren?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 32. Ein bösartiger Tumor, eine Zyste, Polypen, ein Knoten oder eine andere Tumorart in den letzten 10 Jahren?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 33. Angeborene Krankheiten?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 34. Psychische oder psychiatrische Erkrankungen einschließlich Aufmerksamkeitsstörungen oder Autismus, befinden oder befanden Sie sich in psychologischer/psychiatrischer Behandlung in den letzten 5 Jahren?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| <b>Weitere Fragen:</b>  |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 35. Nehmen Sie derzeit regelmäßig (über einen Zeitraum von mehr als 60 Tagen) Medikamente zur Behandlung einer Krankheit ein oder haben Sie dies in den letzten 5 Jahren getan?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 36. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren einen Krankenhausaufenthalt, war bei Ihnen eine Operation geplant, haben Sie sich einer Operation unterzogen oder ist gegenwärtig eine Operation oder ein Krankenhausaufenthalt geplant?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 37. Gibt oder gab es irgendwelche Anzeichen, Symptome, Behandlungen oder medizinische Testergebnisse, die Sie in diesem Fragebogen bisher noch nicht angegeben haben?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 38. Wird bei Ihnen aktuell eine bestimmte Krankheit überwacht, oder unterziehen Sie sich diesbezüglich regelmäßiger Vorsorgemaßnahmen (z. B. Haut-, Herz-, und Prostatauntersuchungen)?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 39. Haben Sie eine zusätzliche Krankenversicherung?   |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 40. Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal einen Antrag auf Kranken- oder Lebensversicherung gestellt, der gekündigt, abgelehnt, geändert oder unter besonderen Bedingungen (einschließlich medizinischer Zusatzvereinbarungen) angenommen wurde?                          |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |
| 41. Haben Sie Ihrem bestem Wissen nach Verwandte (Eltern, Geschwister oder Kinder), die gegenwärtig an Herz- oder Gefäßerkrankungen, Krebs, anormalen Blutfettwerten, chronischen Geisteskrankheiten oder Erbkrankheiten leiden oder in der Vergangenheit daran gelitten haben? |               |      |                |      |        |      |        |      |        |      |



## 5. Ausführliche medizinische Angaben

Bitte beschreiben Sie ausführlich (zu jeder positiv beantworteten Gesundheitsfrage) den Status der Erkrankung, Beginn und Ende der medizinischen Behandlung, Diagnose, Prognose, Verlauf der Behandlung und die Daten des behandelnden Arztes oder Hausarztes.

Frage Nr.   Name der Person, die die Frage positiv beantwortet hat

---

---

---

---

---

---

---

---

Frage Nr.   Name der Person, die die Frage positiv beantwortet hat

---

---

---

---

---

---

---

---

Frage Nr.   Name der Person, die die Frage positiv beantwortet hat

---

---

---

---

---

---

---

---

Frage Nr.   Name der Person, die die Frage positiv beantwortet hat

---

---

---

---

---

---

---

---

Reicht der Platz nicht, so antworten Sie bitte ausführlich auf einem gesonderten Blatt und fügen dieses dem Antragsformular bei.



## 6. Erklärungen

Zum Abschluss bitten wir Sie und Ihren (Ehe-)Partner, die untenstehenden Erklärungen zu lesen und zu bestätigen, dass Sie diese verstanden haben und akzeptieren.

### Hiermit bestätige ich Folgendes:

1. Ich beantrage die Aufnahme in die PassportCard-Versicherung, die von der Association for European Expatriate Insurance im Rahmen ihres von AWP Health & Life SA gezeichneten Versicherungsvertrages angeboten wird.
2. Die in diesem Antragsformular gemachten Angaben sind vollständig, richtig und wahrheitsgemäß.
3. Mir ist bekannt, dass die unvollständige, unrichtige, unwahre oder ungenaue Beantwortung der in diesem Antragsformular enthaltenen Fragen, einschließlich der Gesundheitsfragen, meinen Versicherungsschutz bzw. den Anspruch auf Leistungen aus der PassportCard-Versicherung beeinträchtigen kann.
4. Sollte sich zwischen der Einreichung des Antrags bei PassportCard und dem Inkrafttreten des Versicherungsschutzes der Gesundheitszustand verändern, bin ich dazu verpflichtet, PassportCard darüber zu informieren und die Antworten auf die obenstehenden Gesundheitsfragen zu aktualisieren. Unterbleibt dies, so gefährdet dies meine Rechte aus der vorstehenden Erklärung Nr. 3.
5. Mir ist bekannt, dass mein Versicherungsschutz nur unter dem Vorbehalt der Aufnahme in die PassportCard-Versicherung wirksam wird.
6. Mir ist bekannt, dass mein Anspruch auf Leistungen unter der PassportCard-Versicherung den Bedingungen der PassportCard-Versicherung und der Leistungstabelle unterliegt, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens meines Versicherungsschutzes im Rahmen der PassportCard-Versicherung gelten.
7. Es liegt in meiner Verantwortung, die Richtigkeit der in der Mitgliedsbescheinigung enthaltenen Informationen zu überprüfen, sobald dieser ausgestellt wurde. Wenn der Inhalt nicht mit dem Antragsformular übereinstimmt und ich PassportCard nicht anderweitig informiere, werden die Angaben auf der Mitgliedsbescheinigung als korrekt angenommen.
8. Mir ist bekannt, dass der Versicherungsschutz im Rahmen der PassportCard-Versicherung möglicherweise nicht geeignet ist, wenn ich oder einer meiner mitversicherten Angehörigen in Ländern ansässig werden, in denen eine gesetzliche Krankenversicherungspflicht vorliegt. Es liegt in meiner Verantwortung zu prüfen, ob ich oder meine mitversicherten Angehörigen einer lokalen Krankenversicherungspflicht unterliegen und sicherzustellen, dass mein Versicherungsschutz im Rahmen der PassportCard-Versicherung in meinem Wohnsitzland den gesetzlichen Anforderungen entspricht.
9. Die oben angegebene Korrespondenzanschrift ist die Adresse, die von PassportCard und/oder dem Versicherer verwendet wird, um mir gegebenenfalls Einschreiben und/oder Gerichtsunterlagen zuzustellen. Die Zustellung an diese Adresse gilt als rechtmäßige Zustellung. Informationen, Dokumente, Briefe und Ankündigungen werden an meine Adresse in meinem Bestimmungsland (falls diese PassportCard mitgeteilt wurde) oder an die oben angegebene E-Mail-Adresse geschickt.
10. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, PassportCard über jede Änderung der in diesem Antragsformular enthaltenen Angaben, einschließlich allgemeiner und persönlicher Daten, zu informieren.

### Vollmacht des Versicherungsvermittlers

Hiermit bevollmächtige ich (den o.g. Versicherungsvermittler) , für mich und in meinem Namen in Bezug auf die Verwaltung der PassportCard-Versicherung zu handeln und in meinem Namen alle relevanten Mitteilungen, soweit zutreffend, zu erhalten. Mit ist bekannt, dass diese auch die Offenlegung von sensiblen Gesundheitsdaten beinhalten können. Diese Vollmacht bleibt bis zu meinem schriftlichen Widerruf bei PassportCard bestehen.

### Schweigepflichtentbindung

Ich erkläre mich damit einverstanden, auf jegliche Rechte auf ärztliche Geheimhaltung/Vertraulichkeit in Bezug auf meine medizinischen Informationen zu verzichten und ich willige ein, dass PassportCard, wenn sie es für angemessen hält, die Angaben zu meinem Gesundheitszustand überprüft und bei anderen Krankenversicherern alle Angaben zu früheren oder bestehenden beantragten Verträgen überprüft. Ich ermächtige alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige medizinischer Berufe, Mitarbeiter von Krankenhäusern und Gesundheitsbehörden sowie medizinische Einrichtungen, zur Weitergabe von relevanten medizinischen Informationen über mich, wenn dies von der PassportCard, ihren medizinischen Beratern, ihren ernannten Vertretern oder im Falle von Streitigkeiten von einem oder mehreren Sachverständigen Dritter verlangt wird, vorbehaltlich etwaiger rechtlicher Einschränkungen. Diese Erklärung gebe ich auch für meine Angehörigen unter 18 Jahren und für Angehörige, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht einschätzen können, ab.



## Unterschriften

|                                       |              |       |
|---------------------------------------|--------------|-------|
| Vollständiger Name des Antragstellers | Unterschrift | Datum |
| Vollständiger Name des (Ehe-)Partners | Unterschrift | Datum |

### Marketing

Wir möchten gerne mit Ihnen in Kontakt bleiben, damit wir Ihnen Marketinginformationen über Produkte und Dienstleistungen, die für Sie interessant sein könnten, zur Verfügung stellen können, einschließlich zu Werbeaktionen und neuen Produkten und Dienstleistungen.

Wenn Sie solche Mitteilungen erhalten möchten, kreuzen Sie bitte das unten stehende Kästchen an. Wenn Sie solche Mitteilungen von uns nicht erhalten möchten, kreuzen Sie bitte kein Kästchen an.

| Antragsteller  | (Ehe-)Partner   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ich möchte solche Mitteilungen erhalten | <input type="checkbox"/> Ja, ich möchte solche Mitteilungen erhalten. |

Ihre Einwilligung hat keinerlei Auswirkung auf Ihren Antrag oder Ihren Versicherungsschutz. Auch wenn Sie Ihre Einwilligung gegeben haben, können Sie diese jederzeit widerrufen. Dazu können Sie (a) die Option „abmelden“ auf jeder von uns gesendeten E-Mail anklicken, oder (b) eine entsprechende E-Mail an [kundenbetreuung@passportcard.de](mailto:kundenbetreuung@passportcard.de) schicken.

## Definitionen

### Bestimmungsland

Das Land außerhalb des Herkunftslandes und des Landes des Wohnsitzlandes (gegebenenfalls), das auf dem Antragsformular angegeben wurde und in dem sich der Antragsteller mehr als 60 aufeinander folgende Tage aufzuhalten beabsichtigt oder in dem das Hauptmitglied bereits seinen Wohnsitz hat, und auf der Grundlage dieser Informationen sich der Versicherer bereit erklärt hat, ihn oder sie in die Versicherungspolice aufzunehmen.

### (Ehe-)Partner

Ein Ehepartner, der nicht rechtmäßig vom Hauptmitglied getrennt lebt, oder eingetragener Lebenspartner oder Lebensgefährte, der/die in häuslicher Gemeinschaft gemäß Meldung bei der jeweiligen Behörde mit dem Hauptmitglied lebt; oder eine Person, die mit dem Hauptmitglied in einer rechtlich anerkannten eheähnlichen / partnerschaftlichen Beziehung zusammenlebt, wobei beide die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- beide Personen sind nicht ehelich gebunden; und
- das Zusammenleben wurde vom Hauptmitglied gegenüber PassportCard erklärt, welches diese Information an den Versicherer bei der Anmeldung übermittelt.

### Kind/Kinder

Unverheiratete Kinder des Hauptmitglieds und des (Ehe-)Partners bis zum Alter von 18 Jahren, die im Haushalt des Hauptmitglieds leben, unabhängig davon, ob es sich um eheliche, anerkannte, adoptierte oder angenommene Kinder handelt, einschließlich Minderjähriger, die unter dem Schutz des Hauptmitglieds stehen.

Auf die Altersgrenze von 18 Jahren wird für behinderte unterhaltsberechtigten Kinder verzichtet, die von der zuständigen örtlichen Behörde als rechtmäßige Unterhaltsberechtigten des Hauptmitglieds anerkannt sind.

Alle anderen mitzuversichernden Kinder über 18 Jahre müssen ein separates Antragsformular ausfüllen.

### Mitgliedsbescheinigung

Die Bestätigung des Versicherungsschutzes für die versicherungsfähige Person wird in einer Mitgliedsbescheinigung gemäß den Bedingungen der PassportCard-Versicherung angegeben.



## Zahlungsangaben

Dieser Abschnitt muss nicht ausgefüllt werden, wenn Sie im Rahmen einer Gruppenversicherung Versicherungsschutz beantragen und Ihr Arbeitgeber die Beiträge zahlt.

Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Felder unten an, um Ihre bevorzugte Zahlungsfrequenz und -methode anzugeben.

| Währung                            |                               |
|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> US-Dollar | <input type="checkbox"/> Euro |

### A. Kreditkarte

Bei Zahlung per Kreditkarte geben Sie bitte die unten stehenden Details an.

Der Unterzeichnete ermächtigt hiermit die PassportCard Deutschland GmbH, die Kreditkarte mit den unten aufgeführten Angaben für die Zahlung der Versicherungsprämien gemäß den Bedingungen der PassportCard-Versicherung und der Mitgliedsbescheinigung zu belasten.

### B. SEPA-Lastschrift

Name des Kontoinhabers

IBAN





BIC (für EU-Konten außerhalb Deutschlands)

Kreditinstitut

Zahlungsfrequenz (bitte wählen):  Monatlich  Vierteljährlich  Halbjährlich  Jährlich

Bitte unterschreiben Sie auch das angehängte SEPA-Lastschriftmandat.

**C. Überweisung:**  Halbjährlich  Jährlich

Karte:  Mastercard   Diners   Visa   American Express 

Karteninhaber  Gültig bis

Kartennummer

Name Antragsteller  CCV

Unterschrift Karteninhaber  Passnummer

Zahlungsfrequenz:  Monatlich  Vierteljährlich  Halbjährlich  Jährlich

\* Zahlungen mit American Express nur in US-Dollar

Der PassportCard-Tarif wird von der Association for European Expatriate Insurance angeboten, einem Verein nach dem französischen Vereinsgesetz von 1901 und versichert von AWP Health & Life SA (Allianz Partners), Teil der Allianz-Gruppe.

Der Tarif wird von der PassportCard Deutschland GmbH („PassportCard“) vermittelt und verwaltet. PassportCard erhält hierfür eine Verkaufsprovision von Allianz Partners. PassportCard ist ein in Deutschland eingetragener Versicherungsvermittler mit Registernummer HRB 158858 als Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Die eingetragene Adresse ist Caffamacherreihe 8-10, 20355 Hamburg.





## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

### **Einverständniserklärung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten, zur Übermittlung personenbezogener Daten an Dritte außerhalb der EU und zur Entbindung medizinischer Dienstleister, Versicherungsunternehmen, Vermittlern und medizinischem Fachpersonal von der Schweigepflicht.**

PassportCard Deutschland GmbH, Anschrift: Caffamacherreihe 8-10, 20355 Hamburg, Deutschland, Telefon: +49 40 4600 20 333, E-Mail: kundenbetreuung@passportcard.de, Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten: Datenschutz@passportcard.de (nachfolgend „PassportCard“ oder „Wir“) informiert hiermit und weist ausdrücklich darauf hin, dass es Ihnen freisteht, diese Einverständniserklärung zu bestätigen und sie für die Zukunft zu widerrufen. Wir müssen jedoch darauf hinweisen, dass es nicht möglich sein wird, einen Versicherungsvertrag mit PassportCard abzuschließen oder umzusetzen, wenn Sie der Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten nicht zustimmen. Allgemeine und weitere Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten durch PassportCard finden Sie in der Datenschutzerklärung unter <https://www.passportcard.de/privacy-policy>.

Die Bestätigung dieser Einverständniserklärung enthält auch die folgenden Aussagen, die sich auf die **Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Gesundheitsdaten auch in Ländern außerhalb der EU und die Entbindung von der allgemeinen Schweigepflicht für Versicherungsunternehmen und medizinische Berufe beziehen:**

Indem ich diese Einverständniserklärung bestätigte, erkläre ich mich damit einverstanden, dass PassportCard die Informationen, die ich PassportCard bei der Beantragung eines Versicherungsangebots und zukünftig (einschließlich gesundheitsbezogener Daten) zur Verfügung stelle, erhebt, speichert und verarbeitet, insoweit dies notwendig ist, um den Antrag zu überprüfen und einen Versicherungsvertrag einzurichten, durchzuführen und abzuschließen. Ich bin auch damit einverstanden, dass PassportCard meine gesundheitsbezogenen Daten – auch wenn kein Vertrag mit PassportCard abgeschlossen wird – für einen Zeitraum von 3 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres meines Antrags speichert.

Indem ich diese Einverständniserklärung bestätige, erkläre ich mich damit einverstanden, dass PassportCard meine personenbezogenen Daten einschließlich gesundheitsbezogener Daten, falls dies für meinen Versicherungsvertrag notwendig ist, an folgende Empfänger übermittelt:

- Dienstleister,
- (Rück-)Versicherungsunternehmen,
- falls notwendig auch an meinen Arbeitgeber, wenn mein Arbeitgeber den Versicherungsvertrag mit PassportCard abgeschlossen hat und dieser Vertrag auch für meine Person gilt, und
- insbesondere an medizinische Leistungserbringer und medizinische Sachverständige.

Ich bin damit einverstanden, dass diese personenbezogenen Daten einschließlich gesundheitsbezogener Daten zu den in der Datenschutzerklärung angegebenen Zwecken verarbeitet und dass personenbezogene Daten einschließlich gesundheitsbezogener Daten an PassportCard zurückgeschickt werden.

Soweit erforderlich, entbinde ich PassportCard und ihre Mitarbeiter sowie die medizinischen Leistungserbringer in Bezug auf personenbezogene Daten, einschließlich gesundheitsbezogener Daten, von der Schweigepflicht, die durch § 203 StGB geschützt ist.

Indem ich diese Erklärung bestätige, erkläre ich mich damit einverstanden, dass PassportCard meine Gesundheitsdaten von Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern, Pflegern, Krankenhauspersonal, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet, soweit dies für die Risikobewertung oder die Erfüllung vertraglicher Verpflichtungen von PassportCard erforderlich ist.

Diese Einverständniserklärung bezieht sich ausdrücklich auch auf Dienstleister in Ländern außerhalb der EU, insbesondere wenn ich Dienstleistungen in diesen Ländern in Anspruch nehme. Ich bestätige und akzeptiere die obigen Aussagen, insbesondere, dass ich berechtigt bin, meine Einverständniserklärung zu widerrufen.

|                |        |               |
|----------------|--------|---------------|
| Antragsteller: | Datum: | Unterschrift: |
| (Ehe-)Partner: | Datum: | Unterschrift: |



## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

für wiederkehrende Zahlungen – nur auszufüllen bei Zahlungen per SEPA

### Anschrift des Geldinstituts:

Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

IBAN:  BIC/SWIFT:

### Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen:

Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Nummer der Police:

Mandatsreferenznummer: Die Mandatsreferenz wird Ihnen in einer separaten Email mitgeteilt

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT für wiederkehrende Zahlungen

PassportCard Deutschland GmbH, Caffamacherreihe 8-10, 20355 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE52ZZZ00002202388

Ich/Wir ermächtige/n die PassportCard Deutschland GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der PassportCard Deutschland GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

#### Hinweis:

Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Name des Unterzeichnenden in Druckbuchstaben