



Worldwide individual Antragsformular

Worldwide individual Application Form



Jeder der folgenden Teile sollte von Ihnen ausgefüllt werden. Bitte benutzen Sie Druckbuchstaben.

Each of the following parts should be completed by you. Please use BLOCK CAPITALS.

Maximales Aufnahmealter ist 70.
Maximum age of entry 70.

Antragsteller

About you

Titel: <i>Title:</i>	Vorname: <i>Forename(s):</i>	Nachname: <i>Surname:</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aufenthaltsland:² <i>Country of Residence:²</i>	Wann sind Sie dorthin umgezogen?: <i>When did you move there?:</i>
<input type="text"/>	<input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> . <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>

Heimatland: <i>Home country:</i>	Nationalität: <i>Nationality on passport:</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Geburtsdatum: <i>Date of birth:</i>	Beruf: <i>Occupation:</i>
<input type="text" value="T"/> <input type="text" value="T"/> . <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> . <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	<input type="text"/>

Maximales Aufnahmealter ist 70.
Maximum age of entry 70.

Wohnanschrift:³ <i>Residential Address:³</i>	Postleitzahl: <i>Postcode:</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefonnummer: <i>Telephone numbers: (inc. area code)</i>	Mobilfunknummer: <i>Mobile number:</i>	E-mail Adresse: <i>E-mail address:</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Versicherungsbeginn:
Start date:

 . .

Wir können den Versicherungsbeginn unter keinen Umständen rückdatieren.
We cannot backdate cover under any circumstances

² Ihr Aufenthaltsland bestimmt die Höhe der zu zahlenden Versicherungssteuer. Bitte sprechen Sie mit Ihrem Berater oder kontaktieren Sie uns, wenn Sie sich nicht sicher sind, ob Ihr Beitrag davon betroffen ist. ² Your country of residence will determine the value of Insurance Premium Tax that is added to your premium. Please speak to your adviser or contact us if you are unsure whether your premium will be affected.

³ Jegliche Korrespondenz wird an diese Adresse geschickt, sofern Sie nicht nachfolgend eine Korrespondenzanschrift angegeben haben. Es ist sehr wichtig, dass Sie uns Änderungen bezüglich Ihrer Anschrift unverzüglich mitteilen. Eine Änderung könnte Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. ³ All correspondence will be sent to this address unless you have completed the correspondence address details below. It is very important that you tell us immediately of any changes to your contact or personal details. A change in circumstances could affect your cover.

Korrespondenzanschrift (falls abweichend von oben)³ *Correspondence Address (if different from above)³*

Korrespondenzanschrift:³
Correspondence Address:³

Postleitzahl:
Postcode:

Telefonnummer:
Telephone numbers: (inc. area code)

Mobilfunknummer:
Mobile number:

E-mail Adresse:
E-mail address:

Mitversicherte Personen *About your family*

Vorname:
Forename(s):

Nachname:
Surname:

Geburtsdatum:
Date of birth:

Nationalität:
Nationality on passport:

Aufenthaltsland:²
Country of Residence:²

Beziehung zu Ihnen:
Relationship to you:

Beruf:
Occupation:

Ihr gewünschter Versicherungsschutz *The cover you require*

i Wählen Sie den Geltungsbereich bezogen auf Ihr Aufenthaltsland und Ihr Heimatland, falls Sie für Behandlungen die Option der Rückführung in Ihr Heimatland wünschen. Bitte beachten Sie die Einschränkungen für US Bürger in unseren Annahmerichtlinien. Sie und Ihre Angehörigen müssen denselben Geltungsbereich haben. *Select the area of cover from the descriptions below based upon the location of your country of residence and your home country if you require the option of returning to your home country for treatment. Please see the eligibility section in the Policy Document for restrictions on US Citizens.*
You and your dependants must have the same area of cover.

Bereich 1 - Europa
Area 1 - Europe

Bereich 2 - Weltweit exkl. USA
Area 2 - Worldwide excluding USA

Bereich 3 - Weltweit
Bereich 3 - Weltweit

i Bitte wählen Sie Ihren gewünschten Versicherungsschutz. Bitte versichern Sie sich, dass Sie die Bedingungen und Details des Versicherungsschutzes gelesen haben, bevor Sie sich entscheiden, damit das Produkt Ihren Wünschen entspricht. Bitte kontaktieren Sie uns, falls Sie diese Unterlagen benötigen. *Please indicate the plan type that you require. Please be sure that you have read the policy summary and details of cover before making your selection to ensure the product meets your requirements. Please contact us if you require copies of these documents.*

D VfA Diamant
2.000.000 € Limit pro Jahr *overall limit*

S VfA Silber
500.000 € Limit pro Jahr *overall limit*

P VfA Platin
1.000.000 € Limit pro Jahr *overall limit*

B VfA Bronze
500.000 € Limit pro Jahr *overall limit*

G VfA Gold
750.000 € Limit pro Jahr *overall limit*

Selbstbehalt Excess

Wünschen Sie einen Selbstbehalt?
Do you require an excess?

Ja
Yes

Nein
No

Wenn ja, wählen Sie bitte den entsprechenden SB aus der Tabelle:
If Yes, please choose appropriate selection from the table:

Selbstbehalt pro Jahr € <i>Excess Per Year</i>	Premium Ermäßigung % <i>Premium Reduction</i>	Bitte auswählen <i>Please Select</i>
Nil Excess	n/a	<input type="checkbox"/>
50€	5%	<input type="checkbox"/>
100€	10%	<input type="checkbox"/>
250€	15%	<input type="checkbox"/>
500€	20%	<input type="checkbox"/>
1.000€	25%	<input type="checkbox"/>
2.500€	30%	<input type="checkbox"/>
5.000€	40%	<input type="checkbox"/>

Hinweis: Der Selbstbehalt bezieht sich nicht auf Zahnbehandlungen.
Note: An excess does not apply to the Dental Benefit.

Angaben über Ihren Hausarzt Doctor's/Medical Practitioner's Details

 Bitte teilen Sie uns die Kontaktdaten Ihres Hausarztes mit, der Sie und Ihre Familie in den letzten 2 Jahren behandelt hat. Fehlende Angaben hierzu könnten eine Verzögerung bei der Bearbeitung Ihrer Schadenansprüche verursachen. *Please provide the contact details of your family doctor(s) or medical practitioner(s) who last treated you or your family in the last 2 years. Failure to provide this information may cause a delay in processing any claims submitted.*

Name:
Name:

Krankenhaus/Klinik/Praxis:
Hospital/Clinic/Practice:

Adresse:
Address:

Postleitzahl:
Postcode:

Telefonnummer:
Telephone numbers: (inc. area code)

Faxnummer:
Fax number:

E-mail Adresse:
E-mail address:

Zahlungsinformationen

Methods of payment

Euros (€)

US Dollars (\$)

1. Kreditkarte

Credit Card



Ermächtigungsformular für Kreditkarte
(nur Mastercard und Visa)
*Credit Card authorisation form
(Mastercard and Visa only)*

Bitte füllen Sie die folgenden Felder für die Zahlung per Kreditkarte aus.

Please complete these instructions if you wish to pay premiums by Credit Card

Kartentyp:

Type of card:

Mastercard

Visa

Zahlungsfrequenz:

Payment time period:

Monatlich

Monthly

Vierteljährlich

Quarterly

Jährlich

Annually

Name auf Kreditkarte:

Name on card:

Gültig bis:

Expiry date:

Kartennummer:

Card number:

CVC-Code:

Security number:

An VfA-International GbR,

Ich autorisiere Sie, die fälligen Beiträge von meiner Mastercard/Visacard abzubuchen, solange ich dies nicht schriftlich widerrufe.

To VfA-International GbR,

I authorise you, until further notice in writing, to charge my Mastercard/Visa account with unspecified amounts in respect of premiums as and when they become due.

Unterschrift:

Signed:

Datum:

Date:

2. Lastschriftverfahren

Direct debit



Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie per Überweisung zahlen möchten.

Please tick if you want to pay by bank transfer.

Zahlungsfrequenz:

Payment time period:

Monatlich

Monthly

Vierteljährlich

Quarterly

Jährlich

Annually

Empfänger:

Recipient:

VfA-International GbR

IBAN:

DE45 2139 0008 0000 9847 01

BIC/SWIFT:

GENODEF1NSH

Verwendungszweck:

Reference:

Name u. Policen-Nr.

Moratoriumsklausel

Moratorium underwriting

i Bei der Moratoriumsklausel müssen Sie bei Antragstellung keinerlei Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand beantworten, jedoch werden Sie in den ersten zwei Jahren der Versicherung keine Erstattung für Kosten bekommen, die auf Grund von Vorerkrankungen entstanden sind, für die Sie in den letzten zwei Jahren Behandlungen und/oder Medikamente oder eine ärztliche Beratung erhalten haben oder für die Symptome auftraten, diagnostiziert oder nicht.

If you choose this underwriting option, you do not need to complete any questions concerning your health at the point of application, however, you will not be covered for any claims made in respect of pre-existing conditions during the first two years of the policy, for which you have received treatment and/or medication, or asked advice on, or had symptoms of whether or not diagnosed, during the two years immediately before your policy started with us.

Beschwerden die nach dem Versicherungsbeginn auftreten aber in Verbindung mit einer Vorerkrankung stehen, sind ebenfalls ausgeschlossen.

Conditions that arise after the policy commencement date, but are related to the pre-existing condition will also be excluded.

Wir schließen jeglichen Krankheitszustand aus, der oder für den:

- vorhersehbar war,
- offensichtlich war,
- Sie Anzeichen oder Symptome festgestellt haben,
- Sie eine Beratung erhalten haben oder
- Sie Behandlungen oder Medikamente erhalten haben,
- nach Ihrem besten Wissen, bestand in den letzten zwei Jahren vor dem Versicherungsbeginn bestand.

Wenn Sie in den ersten zwei Jahren nach dem Versicherungsbeginn:

- Symptome festgestellt haben
- eine Beratung erhalten haben
- Behandlungen, Medikamente oder eine Sonderdiät benötigt oder erhalten haben,

dann verlängert sich die Wartezeit um weitere zwei Jahre, in denen Sie keine:

- Symptome festgestellt haben
- eine ärztliche Beratung erhalten, oder
- Behandlungen, Medikamente oder eine Sonderdiät benötigen oder erhalten dürfen, damit die Vorerkrankungen schließlich mitversichert sind.

We exclude any medical condition or related condition which:

- was foreseeable,
- manifested itself,
- you have experienced signs or symptoms,
- you have sought advice, or
- you have received treatment and/or medication,
- to the best of your knowledge, existed in the two years before the start of the insured person's cover.

If you have:

- experienced symptoms,
- sought advice, or
- required treatment, medication or special diet,

in the 2 years after the policy commencement date, then you will have to wait until you have completed a continuous 2 year period where you have not:

- experienced symptoms,
- sought advice, or
- required treatment, medication or special diet, in order for the medical condition or related medical condition to be considered for coverage.

Unterschrift:

Signed:

BITTE HIER SIGNIEREN

Datum:

Date:

Medizinischer Fragebogen

i Es werden keine Leistungen erbracht, für Behandlungen von Leiden, Krankheiten oder Verletzungen (ob diagnostiziert oder nicht), für welche der Antragssteller Medikamente, Beratungen oder Behandlungen erhalten hat oder von welchen der Antragssteller vor Antragsannahme Kenntnis hatte, wenn diese nicht ausführlich in diesem Antrag angeben und von uns akzeptiert wurden. Fehlende oder falsche Angaben können zu einer Kündigung des Vertrages zu einem späteren Zeitpunkt führen.

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen für ALLE Personen aus:

A Wurde in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Erkrankungen bei Ihnen diagnostiziert, wurden Sie diesbezüglich behandelt oder benötigen Sie fortwährende medikamentöse Behandlungen?:

Krebs, Tumore, Knoten oder Wucherungen?

Ja

Nein

Herzkrankheiten, rheumatisches Fieber, Schmerzen in der Brust oder Kreislaufprobleme?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Bauch-/ Verdauungsstörungen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Harnwegserkrankungen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Erkrankungen des Nervensystems?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Gynäkologische Erkrankungen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Hals-, Nasen-und Ohren-Erkrankungen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Neurologische oder psychische Störungen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Jegliche Operationen oder spezielle Untersuchungen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
B Wurden Sie jemals für den Gebrauch von Drogen oder Alkohol behandelt oder wurde Ihnen zu einer solchen Behandlung geraten? Wurde Ihnen geraten die Menge des getrunkenen Alkohols zu reduzieren oder wurden Sie wegen eines Drogendelikttes verurteilt?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
C Wurde in den letzten 5 Jahren eine Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Klinik mit Tests oder Röntgen durchgeführt oder angeraten oder wurde irgendeine Behandlung oder Operation durchgeführt, die nicht auf diesem Fragebogen genannt ist?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
D Haben Sie Kenntnis von irgendwelchen notwendigen Tests oder Behandlungen bei Ärzten oder Spezialisten in den nächsten 2 Jahren?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
E Haben Sie Erkrankungen, Fehlbildungen oder Behinderungen, die Sie noch in keiner Frage auf diesem Fragebogen beantwortet haben?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
F Wurden Sie je bei einer Lebens- oder Krankenversicherung abgelehnt? (auch Ablehnung auf Vertragsverlängerung)?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
G Haben Sie sich einem chirurgischen Eingriff unterzogen oder Grund zu der Annahme, dass ein solcher Eingriff in der Zukunft erforderlich sein wird?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

i Falls eine der zu versichernden Personen eine der obigen Fragen mit "Ja" beantwortet hat, geben Sie uns bitte ausführliche Informationen.
Bitte beachten Sie: Sie sollten alle Beschwerden oder Symptome darlegen, auch wenn diese nicht in dem obigen Fragebogen genannt wurden.

Name des Antragstellers:

Details von Beschwerde/Symptom oder erhaltenen Medikament/ Behandlung.

Bitte nennen Sie den Zeitraum:

Erstes Auftreten des Symptoms:

Details der erforderlichen andauernden Behandlung, Medikation oder Tests:

Bitte nennen Sie den Zeitraum:

Name des Antragstellers:

Details von Beschwerde/Symptom oder erhaltenen Medikament/ Behandlung.

Bitte nennen Sie den Zeitraum:

Erstes Auftreten des Symptoms:

Details der erforderlichen andauernden Behandlung, Medikation oder Tests:

Bitte nennen Sie den Zeitraum:

Name des Antragstellers:

Details von Beschwerde/Symptom oder erhaltenen Medikament/ Behandlung.

Bitte nennen Sie den Zeitraum:

Erstes Auftreten des Symptoms:

Details der erforderlichen andauernden Behandlung, Medikation oder Tests:

Bitte nennen Sie den Zeitraum:

Name des Antragstellers:

Details von Beschwerde/Symptom oder erhaltenen Medikament/ Behandlung.

Bitte nennen Sie den Zeitraum:

Erstes Auftreten des Symptoms:

Details der erforderlichen andauernden Behandlung, Medikation oder Tests:

Bitte nennen Sie den Zeitraum:

Wenn Sie zusätzlichen Platz benötigen, fügen Sie bitte ein separates Blatt bei.

Verwendung von persönlichen Informationen

Persönliche Informationen, welche auf diesem Antragsformular angegeben werden, verwenden wir um Ihre Versicherungspolice zu verwalten. Dazu gehört das Underwriting Ihrer Versicherungspolice, um zu entscheiden, welche Deckung wir Ihnen anbieten können, Ihre Policen zu verwalten, Ihre Ansprüche zu bearbeiten und Betrug zu erkennen und zu verhindern. Personenbezogene Daten werden möglicherweise an Dritte weitergegeben, die uns bei der Verwaltung Ihrer Versicherungspolice unterstützen. Wir werden gegebenenfalls personenbezogene Daten an zuständige Aufsichtsbehörden, an Ihrer Behandlung beteiligte medizinische Fachkräfte und in Ihrem Namen handelnde Vertreter freigeben.

Marketing-Entscheidungen

Von Zeit zu Zeit möchten wir Sie über Produkte und Dienstleistungen informieren, die für Sie von Interesse sein könnten. Wenn Sie diese Informationen erhalten möchten, kreuzen Sie bitte dieses Kästchen an. Sie können dieses jederzeit abbestellen, indem Sie uns unter mail@vfa-international.de kontaktieren.

Use of personal information

Personal information given on this application form will be used to administer your insurance policy. This includes underwriting your policy to decide what cover we can offer, administering your policy and handling claims, and helping to detect and prevent fraud. Personal information may be shared with third parties that help us administer your policy. We may also share personal information with regulatory bodies, medical professionals involved in your treatment, and any broker acting on your behalf.

Marketing choices

From time to time, we would like to tell you about products and services that may be of interest to you. If you would like to receive this information, please tick this box. You can unsubscribe at any time by contacting us at mail@vfa-international.de

Erklärung* Declaration

Ich / Wir beantrage(n) hiermit, über die ausgewählte Versicherungspolice von VfA-International, zusammen mit den in diesem Antrag aufgeführten Familienangehörigen, versichert zu werden. ICH/Wir erkläre(n), nach meinem bestem Wissen und Gewissen, dass die Angaben in diesem Antragsformular und alle zusätzlich eingereichten Informationen, die im Rahmen dieses Antrags zur Verfügung gestellt werden, vollständig und richtig sind. Wenn Sie bei der Beantwortung von Fragen nicht mit der gebotenen Sorgfalt vorgegangen sind, kann dies dazu führen, dass Ihr Antrag abgelehnt wird oder dass Ihre Vertragsbedingungen geändert werden oder Ihre Vertragsdeckung gekündigt wird. Ich / Wir werde(n) die Versicherungsbedingungen nach Erhalt lesen; ich stimme zu, dass ich und alle in diesem Antrag angegebene Personen ausschließlich an die Richtlinien der allgemeinen Geschäftsbedingungen gebunden sind. Es wird vereinbart, dass diese Erklärungen und Informationen in diesem Antrag, die Grundlage des Vertrages zwischen mir, meinen Angehörigen und VfA-International bilden. Ich / Wir verstehe(n) und akzeptieren die Informationen im Underwriting-Bereich der Worldwide-Broschüre. Ich / Wir verstehe(n), dass dieser Antrag von VfA-International genehmigt werden muss und dass die bereitgestellten medizinischen Informationen dazu führen können, dass ein Ausschluss vereinbart wird oder VfA-International unter bestimmten Umständen keine Deckung anbieten kann. Ich ermächtige und beauftrage den in diesem Antrag genannten Arzt und / oder jede andere medizinische Einrichtung, einschließlich aller anderen medizinischen Fachkräfte, die mich oder einen meiner Angehörigen untersucht/behandelt haben, Informationen an VfA-International zu erteilen, die sie im Zusammenhang mit einem Erstattungsantrag im Rahmen dieses Versicherungsplans benötigen. Ich akzeptiere, dass wenn ich die Informationen, die im Bereich der ärztlichen Auskunft erforderlich sind, nicht zur Verfügung stelle, im Falle eines Erstattungsantrages von mir oder einem meiner Angehörigen, welcher im Rahmen dieses Versicherungsplans geltend gemacht wird, der als Vorerkrankung angesehen werden könnte oder mit einer Vorerkrankung im Zusammenhang stehen könnte, von VfA-International eine Ablehnung erhalten könnte.

I/We hereby apply to be covered under the selected VfA-International Worldwide Policy together with the dependants listed in this application. I/We declare that the statements made on this application form and any additional information supplied as part of this application is full and accurate. Failure to take reasonable care in answering any questions may result in claims being declined, your or any applicants underwriting terms being changed or the cover being cancelled. I/We shall read the Policy documents when I receive them and agree that I, and any other dependants included in this application, will be bound exclusively by the terms and conditions of the Policy. This agreement shall constitute the entire agreement between the parties. I/We understand and accept the information provided in the underwriting section of the Worldwide brochure. I/We understand that this application is subject to acceptance by VfA-International and the medical information provided may result in Policy endorsement(s) being applied or in some circumstances VfA-International being unable to offer cover. I authorise and request the doctor named in this application and/or any other medical establishment, including any other health professional who has attended me and any of my dependants included under this plan for treatment of a medical condition, to provide VfA-International with the information they may need in connection to any claim made under this plan. I accept, if I do not provide the information required in the medical practitioner section that, in the event of a claim being made by me, or any of my dependants included under this plan, which is deemed as being treatment for a pre-existing medical or related medical condition by VfA-International such claim will be rejected.

Unterschrift:

Signed:

BITTE HIER SIGNIEREN

Datum:

Date:

VfA-International bietet Produkte auf dem deutschen Markt gemäß EU-Vermittlerrichtlinie an. Um jeden Zweifel auszuschließen, Produkte von VfA-International sind kein Ersatz für eine deutsche Krankenversicherungspflicht (Versicherungsaufsichtsgesetz-Insurance Supervision Act-VAG)



SEPA – Lastschriftmandat

VfA-International GbR, Gutenbergstraße 3, 23611 Bad Schwartau | Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 30 ZZZ 0000 1878319

Mandatsreferenz

Vers. -Schein-Nr.:

Gesellschaft:

SI Insurance Europe SA

Ich ermächtige die Achim & Christopher VfA-International GbR, Beiträge für meine Krankenversicherung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Achim & Christopher VfA-International GbR auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Name Kreditinstitut

IBAN

BIC / SWIFT

Datum

Ort

Unterschrift

BITTE HIER SIGNIEREN