



MyHealth International

Aufnahmeantrag 2021-2022





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

Hier finden Sie die verschiedenen Etappen, 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. Tragen Sie je nach gewähltem Versicherungsschutz die zusätzlichen Informationen im Abschnitt 5 ein.
- D. Geben Sie im Abschnitt 6 das Datum an, an dem Ihr Vertrag beginnen soll.
- E. Berechnen Sie Ihren Versicherungsbeitrag und geben Sie die Zahlungsweise im Abschnitt 7 an.
- F. Datieren und unterschreiben Sie Ihren Aufnahmeantrag im Abschnitt 8.
- G. Füllen Sie den Gesundheitsfragebogen aus, datieren und unterschreiben Sie diesen im Abschnitt 9.
- H. • Für Ihre erste Beitragszahlung können Sie:
- die Daten Ihrer Kreditkarte auf der Seite 12 des Aufnahmeantrages angeben, **ODER**
- den ersten Versicherungsbeitrag per Überweisung in Auftrag geben (in diesem Fall fügen Sie bitte eine Kopie des Überweisungsauftrages bei).
• Für die folgenden Beitragszahlungen füllen Sie bitte die SEPA-Einzugsermächtigung aus, wenn Sie Ihre Beiträge durch Lastschrift von einem in Euro (in einem Land der SEPA-Zone) geführten Bankkonto zahlen möchten.
- I. Fügen Sie für jede Person, die in Ergänzung der französischen gesetzlichen Sozialversicherung versichert wird, eine gültige Versicherungsbescheinigung bei.
- J. Wenn Sie eine Außerkraftsetzung der für die Krankenversicherung geltenden Wartezeiten beantragen möchten, fügen Sie die Lösungsbescheinigung 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 80 €/ \$ gewählt haben: eine Kopie Ihres letzten Einkommensteuerbescheides und Ihrer letzten Gehaltsabrechnung.

SCHICKEN SIE ALLE UNTERLAGEN:

per E-Mail an: kundenbetreuung@april.com

ODER

per Post: **APRIL International Care France – Postabteilung**
1 rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – FRANKREICH

BETREUUNG DURCH UNSERE TEAMS IN MEHREREN SPRACHEN:



Telefonisch:

+49 (0) 69 75 66 16 810
von Montag bis Freitag
von 09:00 bis 17:30 Uhr (MEZ)



Per E-Mail:

kundenbetreuung@april.com



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

 Antragsnummer:

 Wenn ja, tragen Sie bitte Ihre Kundennummer ein:
BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

VERSICHERTE(N) Identität der zu versichernden Person/Personen

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

Name 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 gesetzliche Krankenversicherung

Private Krankenversicherung

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

Anrede des **Ehe-/Partners**: Frau Herr Geburtsdatum: / /

Name des **Ehe-/Partners**:

Vorname(n) des **Ehe-/Partners**:

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. unterhaltspflichtigen Kindes**:

Vorname(n) des **1. unterhaltspflichtigen 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.



Name des **2. unterhaltspflichtigen Kindes**:Vorname(n) des **2. unterhaltspflichtigen 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. unterhaltspflichtigen Kindes**:Vorname(n) des **3. unterhaltspflichtigen 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. unterhaltspflichtigen Kindes**:Vorname(n) des **4. unterhaltspflichtigen Kindes**:

Geburtsdatum:

 / / Geschlecht: Männlich Weiblich

Land der Staatsangehörigkeit:

Sozialversicherungsnummer:

Schlüssel:

*(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung der französischen Sozialversicherung oder der CFE ausfüllen)*Name des **5. unterhaltspflichtigen Kindes**:Vorname(n) des **5. unterhaltspflichtigen 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. unterhaltspflichtigen Kindes**:Vorname(n) des **6. unterhaltspflichtigen Kindes**:

Geburtsdatum:

 / / Geschlecht: Männlich Weiblich

Land der Staatsangehörigkeit:

Sozialversicherungsnummer:

Schlüssel:

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

1



HAUPTVERSICHERTER**Gewünschte Postanschrift**

Adresse:

Postleitzahl:

Stadt:

Staat/Region/Land:

Land:

Festnetz: Mobil:

VERSICHERUNGSNEHMER (BEITRAGSZAHLER)

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

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

Anrede: Frau Herr

Name:

Vorname(n):

Adresse:

Postleitzahl:

Stadt:

Staat/Region/Land:

Land:

Festnetz: Mobil:

E-Mail:

GEWÜNSCHTE ART DER ERSTATTUNG FÜR HEILBEHANDLUNGSKOSTEN:

- 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:

Kontonummer:

BIC/SWIFT:



IHR VERSICHERUNGSSCHUTZ:

► **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:**

GEWÜNSCHTE LEISTUNGEN	EMERGENCY	BASIC*	ESSENTIAL	COMFORT	PREMIUM
Nur stationäre Heilbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stationäre + ambulante Heilbehandlung	—	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stationäre + ambulante Heilbehandlung + Sehhilfen/Zahnmedizin	—	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stationäre + ambulante Heilbehandlung + Schwangerschaft	—	—	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stationäre + ambulante Heilbehandlung + Schwangerschaft + Sehhilfen/Zahnmedizin	—	—	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Nicht verfügbar, wenn Sie sich für eine Abdeckung in den Vereinigten Staaten, den Bahamas, Puerto Rico oder für eine weltweite Abdeckung entscheiden.

► **GELTUNGSBEREICH:**

Ihr Hauptzielland:

Ihre Erweiterung: Weltweit Keine Erweiterung

Weitere Länder:

5

► **SELBSTBEHALT UND HÖHE DER ERSTATTUNGEN:**

SELBSTBEHALT	Kein Selbstbehalt	500 €/US\$	1 000 €/US\$	2 500 €/US\$	5 000 €/US\$
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ODER					
HÖHE DER ERSTATTUNGEN	100% der tatsächlichen Kosten	90% der tatsächlichen Kosten	80% der tatsächlichen Kosten		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

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

UMFASSENDE ASSISTANCE-VERSICHERUNG UND PRIVATE HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

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

STERBE- UND PFLEGEKAPITALVERSICHERUNG

Gewünschtes Kapital für den Hauptversicherten (zwischen 20.000 €/US\$ und 500.000 €/US\$):

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

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



BEZEICHNUNG DER BEGÜNSTIGTEN BEI ABSCHLUSS DER STERBE- UND PFLEGEKAPITALVERSICHERUNG

Je nach versicherter Todesfallsumme sind **medizinische Nachweise** zu erbringen. Bitte beziehen Sie sich hierfür auf die Versicherungstabelle auf Seite 8. Die genannten Begünstigten müssen **natürliche Personen** sein.

Hauptversicherter: Im Sterbefall ist/sind begünstigt:

- mein überlebender, zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Kapitals nicht offiziell getrennt lebender Ehepartner, anderenfalls meine lebenden oder vertretenen geborenen oder ungeborenen Kinder zu gleichen Teilen, anderenfalls meine Verwandten in aufsteigender Linie zu gleichen Teilen, anderenfalls meine Erben.
- Weitere(r) Begünstigte(r) (geben Sie bitte den **Namen, Vornamen, Geburtsdatum und -ort** sowie den **auszahlenden Anteil des Kapitals in Prozent an**):

.....
.....
.....

(Ehe)Partner: Im Sterbefall ist/sind begünstigt:

- mein überlebender, zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Kapitals nicht offiziell getrennt lebender Ehepartner, anderenfalls meine lebenden oder vertretenen geborenen oder ungeborenen Kinder zu gleichen Teilen, anderenfalls meine Verwandten in aufsteigender Linie zu gleichen Teilen, anderenfalls meine Erben.
- Weitere(r) Begünstigte(r) (geben Sie bitte den **Namen, Vornamen, Geburtsdatum und -ort** sowie den **auszahlenden Anteil des Kapitals in Prozent an**):

.....
.....
.....

Sollte(n) kein(e) Begünstigter/en genau benannt worden sein, wird im Todesfall der Leistungsbetrag der Sterbekapitalversicherung an den zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Kapitals überlebenden, nicht offiziell getrennt lebenden Ehepartner, anderenfalls an die lebenden oder vertretenen geborenen oder ungeborenen Kinder zu gleichen Teilen, anderenfalls an die Verwandten in aufsteigender Linie zu gleichen Teilen, anderenfalls an die Erben ausgezahlt.

WEITERE INFORMATIONEN BEI ABSCHLUSS DER KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNG BEI ÄRZTLICH FESTGESTELLTER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

6

Die verlangten medizinischen Nachweise entsprechen dem gewählten Sterbekapital.

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.

(Ehe)Partner

Jährliches Nettoeinkommen^{1,2}: € \$ Gewünschtes Krankentagegeld:

Krankentagegeldansprüche bei der französischen Sozialversicherung: €

(nur bei Vertragsabschluss in Ergänzung zur Sozialversicherung ausfüllen)³

Befindet sich der (Ehe)Partner 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.

7

Gewünschter Versicherungsbeginn: / /

(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.)



Berechnung und Zahlung des Beitrages

GEWÜNSCHTES ZAHLUNGSINTERVALL	Wählen Sie Ihre Zahlungsweise unter den folgenden Optionen aus:			
	SEPA-Lastschrift von einem in Euro geführten Bankkonto	Kreditkarte €/\$	PayPal €/\$	Banküberweisung €/\$
Jährliche Zahlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halbjährliche Zahlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 20 €/ \$ Ratenzuschlag pro Halbjahr, entspricht 40 €/ \$ pro Jahr	<input type="radio"/> 20 €/ \$ Ratenzuschlag pro Halbjahr, entspricht 40 €/ \$ pro Jahr	<input type="radio"/> 20 €/ \$ Ratenzuschlag pro Halbjahr, entspricht 40 €/ \$ pro Jahr
Vierteljährliche Zahlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 20 €/ \$ Ratenzuschlag pro Quartal, entspricht 80 €/ \$ pro Jahr	<input type="radio"/> 20 €/ \$ Ratenzuschlag pro Quartal, entspricht 80 €/ \$ pro Jahr	<input type="radio"/> 20 €/ \$ Ratenzuschlag pro Quartal, entspricht 80 €/ \$ pro Jahr
Monatliche Zahlung	<input type="radio"/>	—	—	—

► BERECHNUNG DES JAHRESBEITRAGES

Jahresbeitrag inkl. Geb. (lt. übermitteltem Angebot):

 ,

Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft in die Association des Assurés APRIL ergänzend zu den ausgewählten Leistungen:

+

 ,

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.

 ,

Ihre erste Beitragszahlung:

- per Banküberweisung.
 per Kreditkarte (Eurocard-Mastercard, Visa und American Express).

Bitte tragen Sie für die Zahlung per Kreditkarte die entsprechenden Daten in dem dafür vorgesehenen Formular auf Seite 15 ein.

- per PayPal (nur im Fall eines online Abschlusses möglich).

Ihre folgenden Beitragszahlungen:

- per Banküberweisung, Kreditkarte oder PayPal. Sie sind bei diesen Zahlungsweisen für die Durchführung der Zahlung zu jeder Fälligkeit selbst verantwortlich.
 per SEPA-Lastschrift (bitte übersenden Sie uns dazu die beigefügte SEPA- Einzugsermächtigung mit Ihrer Bankverbindung).

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

8



UNTERZEICHNUNG DES AUFNAHMEANTRAGES

Ich beantrage meine Aufnahme in die Association des Assurés APRIL im Rahmen der abgeschlossenen Vereinbarungen mit Groupama Gan Vie für die Krankenversicherung, die Sterbe- und Pflegekapitalversicherung und die Krankentagegeldversicherung bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit 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 MHCov2IIPID, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (mit der Bezeichnung MHI Cov, 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 am Datum der Jährung für die Dauer von einem Jahr.

Bei Änderung meines Vertrages 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 Vertrages 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 Vertrages 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 Vorsorgeinstitution erstattet werden.

Ich erkenne an, dass für die im Rahmen dieses Vertrages 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.



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 Cov**

Datum der Unterzeichnung des Aufnahmeantrages: / /

Name des Versicherungsnehmers:

Vorname des Versicherungsnehmers:

Anschrift des Versicherungsnehmers:

Postleitzahl: Stadt:

Land:

Telefonnummer: / / / / /

Name des Versicherungsberaters:

Anschrift des Versicherungsberaters:

Postleitzahl: Stadt:

Land:

Telefonnummer: / / / / /

Datum und Unterschrift des Versicherungsnehmers:

/ /

Nur von APRIL International Care France auszufüllen: Kundennummer C





Firmensitz:

APRIL International Care France - 14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANKREICH
Tel: +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax: +33 (0)1 73 02 93 90
E-Mail: info.expat@april-international.com - www.april-international.com

S.A.S. (frz. Vereinfachte Aktiengesellschaft) mit einem Kapital von 200.000 €
Handelsregister Paris 309 707 727 - Versicherungsvermittler
Eingetragen im ORIAS - Verzeichnis unter der Nr. 07 008 000 - (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel et 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-Versicherung und Privathaft-pflichtversicherung).
NAF6622Z - USt. -Identifikationsnummer: FR60309707727

