

[MOBILITÄT]
PRIVATKUNDEN

Ambassade

Aufnahmeantrag 2014

APRIL International engagiert sich mit
der Fondation pour la Nature et l'Homme
und dem Verein Handicap International



Changing the image of insurance.

Aufnahmeantrag Ambassade

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Nr. des Versicherungsberaters: | 5 6 5 0 7

VERSICHERTE(R) Identität der zu versichernden Person/Personen

Anrede des **Hauptversicherten**: Frau Herr

Name des **Hauptversicherten**:

Vornamen des **Hauptversicherten**:

Geburtsdatum:

Land der Staatsbürgerschaft:

Land des Hauptwohnsitzes im Ausland:

Exakte Berufsbezeichnung:

E-Mail:

(diese E-Mail-Adresse benötigen wir für Informationen über Ihre Erstattungen)

Anrede des **Ehepartners**: Frau Herr

Name des **Ehepartners**:

Vornamen des **Ehepartners**:

Geburtsdatum:

Land der Staatsbürgerschaft:

Land des Hauptwohnsitzes im Ausland:

Exakte Berufsbezeichnung:

Name des **1. unterhaltspflichtigen Kindes**:

Vornamen des **1. unterhaltspflichtigen Kindes**:

Geburtsdatum: Geschlecht: Männlich Weiblich

Name des **2. unterhaltspflichtigen Kindes**:

Vornamen des **2. unterhaltspflichtigen Kindes**:

Geburtsdatum: Geschlecht: Männlich Weiblich

Name des **3. unterhaltspflichtigen Kindes**:

Vornamen des **3. unterhaltspflichtigen Kindes**:

Geburtsdatum: Geschlecht: Männlich Weiblich

Wenn der Versicherte mehr als 3 unterhaltspflichtige Kinder hat, Seite 2 kopieren und ausfüllen.

HAUPTVERSICHERTER Gewünschte Postanschrift

Adresse:

Postleitzahl: Stadt:

Staat/Region/Land:

Land:

Telefon:

Ihre Korrespondenz (Versicherungsbescheinigung, Allgemeine Versicherungsbedingungen, Leistungsabrechnungen...) geht Ihnen per E-Mail zu. Wenn Sie diese ebenfalls im Papierformat erhalten wollen, kreuzen Sie bitte das folgende Kästchen an:

Ihre Versichertenkarte erhalten Sie mit der Post.

In welcher Sprache möchten Sie Ihre Post erhalten?: Deutsch Französisch Englisch Spanisch Italienisch

MITGLIED = BEITRAGSZAHLER Der Hauptversicherte ist der Beitragszahler (in diesem Fall müssen die nachfolgenden Kontaktfelder nicht ausgefüllt werden) Der Beitragszahler ist nicht der Hauptversicherte

Privatkunde Unternehmen Firmenname:

Anrede: Frau Herr

Name:

Vornamen:

Adresse:

Postleitzahl: Stadt:

Staat/Region/Land:

Land:

Telefon:

E-Mail:

(diese E-Mail-Adresse benötigen wir für Informationen über Ihren Vertrag)

In welcher Sprache möchten Sie Ihre Post erhalten?: Deutsch Französisch Englisch Spanisch Italienisch

Ihre persönlichen Angaben können Sie während der Dauer Ihres Vertrags in Ihrem Kundenkonto ändern oder ergänzen, das Sie über die Webseite www.april-international.com erreichen.

AUSWAHL UND HÖHE DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

4.1 / Krankenversicherung

Beitritt: Einzelperson Paar Versicherter + Kind(er)
 Familie (die Höhe des Beitrags richtet sich nach dem Alter des ältesten Versicherten)

Deckungsbereich: Zone 1 Zone 2 Zone 3 Zone 4

Tarif: Essentielle Medium Extenso

Gewünschte Versicherungsstufe: Nur Krankenhausaufenthalt Krankenhausaufenthalt + Ambulante Behandlung/Mutterschaft
 Krankenhausaufenthalt + Ambulante Behandlung/Mutterschaft + Sehhilfen/Zahnarzt

Gewünschte Höhe der Kostenübernahme*: 80 % der tatsächlichen Kosten 90 % der tatsächlichen Kosten 100 % der tatsächlichen Kosten

* der Versicherungsschutz Nur Krankenhausaufenthalt wird nur zu 100 % der tatsächlichen Kosten angeboten

► Jahresbeitrag inkl. aller Steuern und Abgaben: , € **A**

Gewünschte Art der Erstattung für Heilbehandlungskosten:

- per Scheck in Euro
- per Überweisung auf ein Konto in den USA (bitte legen Sie dem Aufnahmeantrag eine internationale Bankverbindung mit Kontonummer, SWIFT-Code, Anschrift der Bank und Routing-Nr. - ABA bei)
- per Überweisung auf ein Konto in einem anderen Land (bitte legen Sie dem Aufnahmeantrag eine internationale Bankverbindung mit Kontonummer, SWIFT-Code und Anschrift der Bank bei)

Je nachdem, wo Ihr Bankkonto geführt wird, kann Ihre Bank Gebühren berechnen.

AUSWAHL UND HÖHE DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN (FORTSETZUNG)

4.2 / Assistance-Leistungen

Beitritt: Einzelperson Paar Hauptversicherter + Kind(er) Familie (ab 3 Personen)

Deckungsbereich: Europa und Mittelmeer-Anrainerstaaten Weltweit

► Jahresbeitrag inkl. aller Steuern und Abgaben: € **B**

4.3 / Privathaftpflicht- und Rechtsschutzversicherung (diese Versicherung kann nur in Ergänzung einer anderen Versicherung des Vertrags ausgewählt werden)

• EIN BEITRAG PRO VERTRAG

Deckungsbereich: Weltweit ohne USA/Kanada Weltweit

► Jahresbeitrag inkl. aller Steuern und Abgaben: € **C**

4.4 / Sterbe- und Pflegekapitalversicherung (vollständige und unwiderrufliche Pflegebedürftigkeit)

• NUR INDIVIDUELLER BEITRITT

Der (Ehe)Partner kann diese Versicherung nur abschließen, wenn er auch Expat ist.

Je nach versicherter Todesfallsumme sind medizinische Nachweise zu erbringen. Siehe Seite 18 des Faltblatts.

Hauptversicherter

Höhe der gewünschten Versicherungssumme (20.000 € bis 400.000 €): €
(Verdoppelung der Versicherungssumme bei Unfalltod)

► Jahresbeitrag inkl. aller Steuern und Abgaben: , € **D**

(Ehe)partner

Höhe der gewünschten Versicherungssumme (20.000 € bis 400.000 €): €
(Verdoppelung der Versicherungssumme bei Unfalltod)

► Jahresbeitrag inkl. aller Steuern und Abgaben: , € **E**

Begünstigte (ausschließlich natürliche Person)

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 auszuzahlenden 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 auszuzahlenden Anteil des Kapitals in Prozent an):

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

4.5 / Krankentagegeld bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit

(Diese Versicherungsleistung ist mit der Sterbe- und Pflegekapitalversicherung auszuwählen. Die Tagegelder hängen von der Höhe der gewählten Sterbekapitalversicherung ab → Beispiel: Für ein Tagegeld von 20 € muss das versicherte Sterbegeld mindestens 20.000 € betragen.)

• NUR INDIVIDUELLER BEITRITT

Der (Ehe)Partner kann diese Versicherung nur abschließen, wenn er auch Expat ist.

Je nach gewählter Höhe der Tagegelder sind medizinische Nachweise zu erbringen. Siehe Seite 19 des Faltblatts.

Hauptversicherter

Jährliches Nettoeinkommen^{1,2}: € Gewünschtes Tagegeld (von 20 € bis 200 €): €

Gewünschte Wartezeit: 30 Tage 60 Tage

Entsprechende Versicherungssumme: € ► Jahresbeitrag inkl. aller Steuern und Abgaben: , € **F**

Legen Sie bitte eine Kopie Ihres letzten Einkommensteuerbescheids und Ihrer letzten Gehaltsabrechnung bei.

GEMEINSAM MIT APRIL INTERNATIONAL
UNTERSTÜTZE ICH

**HANDICAP
INTERNATIONAL**

**FONDATION
POUR LA
NATURE
& L'HOMME**

Als Mäzen des Vereins Handicap International und der Fondation pour la Nature et l'Homme lädt APRIL International Sie ein, einen Beitrag zu leisten zur Verbesserung der Lebensbedingungen benachteiligter Völker in der Welt und zum Umweltschutz.

Ich möchte spenden: dem Verein Handicap International der Fondation pour la Nature et l'Homme

Art der Spende:

Einmalige Spende: 5 € 8 € 12 € jährlich (dieser Betrag wird jedes Jahr auf meinen Beitrag aufgeschlagen)

und/oder

ich möchte die Centbeträge meiner nächsten Heilbehandlungskosten-Erstattungen spenden (vom Begünstigten der Versicherung zu wählen)

Sie können Ihre Spende jederzeit durch den Versand einer E-Mail an customerservice.expat@april-international.com ändern oder aussetzen.

Sie können je nach Land, in dem Sie steuerpflichtig sind, einen Teil Ihrer Spende von der Steuer absetzen. Genauereres hierzu erfahren Sie von Ihrem zuständigen Finanzamt. Aus Gründen der Vereinfachung und damit Sie Ihre Rechte geltend machen können, erhalten Sie für alle Spenden über 8 €/Jahr automatisch eine Spendenbescheinigung.

UNTERZEICHNUNG DES AUFNAHMEANTRAGS

Ich beantrage meine Aufnahme in die Association des Assurés d'APRIL International sowie den Beitritt für die auf dem Aufnahmeantrag genannten Versicherten zu den Vereinbarungen, die von ihr mit Axéria Prévoyance und ACE Europe abgeschlossen wurden. Ich erkläre, die Satzung der Association des Assurés d'APRIL International zur Kenntnis genommen zu haben (herunterladbar von der Webseite <http://de.april-international.com/global/april-international-expat/die-association-des-assures-d-april-international>).

Sofern ich die Privathaftpflicht- und Rechtsschutzversicherung wähle, beantrage ich im Rahmen dieses Vertrags meine Aufnahme bei ACE Europe und Solucia PJ.

Ich erkläre, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit der Bezeichnung Am 2014, die den Status eines Informationsblatts 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 gelten. Bei Änderung meines Vertrags durch Nachtrag nehme ich zur Kenntnis, dass die o. g. Allgemeinen Versicherungsbedingungen die geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind.

Ich bestätige, darüber informiert zu sein, dass die verlangten Informationen für die Auswertung und Bearbeitung meiner Beitrittsunterlagen notwendig sind und dass die administrativen Informationen von APRIL International Expat und den Versicherungsorganen oder ihren Beauftragten zwecks meines Beitritts zum Vertrag elektronisch verarbeitet werden.

Lt. französischem Gesetz vom 6. Januar 1978, geänd., verfüge ich über ein Recht auf Zugriff und ggf. Berichtigung aller Informationen, die mich betreffen und Inhalt dieser Dateien sind. Dazu wende ich mich schriftlich an APRIL International Expat, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANKREICH. APRIL International Expat kann bestimmte administrative Informationen benutzen und sie ihren Partnern übermitteln; die Liste der Partner wird mir auf einfache Anforderung zugeschickt, damit diese mir neue Produkte oder Serviceleistungen anbieten können.

Lt. Gesetz vom 6. Januar 1978, geänd., kann ich dieser Übermittlung durch einfachen Brief an APRIL International Expat (Adresse s. oben) widersprechen, wobei mir die Portokosten erstattet werden.

Ich erkläre außerdem, zur Kenntnis genommen zu haben, dass meine Telefongespräche mit den Servicestellen von APRIL International Expat für den internen Bedarf aufgezeichnet werden können und dass ich zu den Aufzeichnungen, die mich betreffen, Zugang haben kann, indem ich mich schriftlich an APRIL International Expat (Adresse s. oben) wende, wobei davon auszugehen ist, dass jede Aufzeichnung maximal zwei Monate lang aufbewahrt wird.

Ich erkenne an, dass mich der Beitritt zu diesem Vertrag nicht von den Beiträgen zu den gesetzlichen Versicherungen befreit, deren Mitglied ich u. U. bin.

Ich erkenne an, dass die Erstattungen oder Entschädigungen für Kosten, die durch eine Krankheit, eine Mutterschaft 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 Expat auffordert, gleichwertigen Versicherungsschutz anzuzeigen, den ich eventuell mit anderen Versicherungsorganen vereinbart habe.

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

Ich bevollmächtige APRIL International Expat und meine behandelnden Ärzte, alle Informationen, insbesondere medizinischer Art, auszutauschen, die der Bearbeitung meiner Leistungsanträge dienen.

Ich bestätige, alle gestellten Fragen genau und richtig beantwortet zu haben, nichts weiter erklären zu müssen bzw. keine Erklärungen unterlassen zu haben, was die Versicherungen dieses Vertrags irreführen könnte.

Ausgefertigt in (Ort) am / /

Unterschrift(en) des Hauptversicherten und seines Ehepartners nach dem Vermerk „Gelesen und genehmigt“:

Unterschrift des Mitglieds (wenn vom Hauptversicherten abweichend) nach dem Vermerk „Gelesen und genehmigt“:

Stempel des Versicherungsberaters
+ Code APRIL International Expat

I36507

Pro Vorsorge Olaf Malecha
Lübecker Str. 96
39124 Magdeburg

Die Gesundheitsprüfung ist 6 Monate gültig.

Wenn Sie beispielsweise wünschen, dass Ihr Vertrag am 01.07.2014 beginnt, können Sie diesen Fragebogen vom 01.01.2014 bis 30.06.2014 unterschreiben.

Jeder Versicherte muss eine Gesundheitsprüfung ausfüllen. Die Fragen **1a)**, **1b)** und **13** sind für minderjährige Kinder nicht zu beantworten.

Wenn der Vertrag mehr als 2 zu versichernde Personen umfasst, fotokopieren Sie bitten den Fragebogen.

Bei Vertragsabschlüssen ab 60 Jahre sind eine ärztliche Untersuchung (zu Ihren Kosten) und ein ausgefüllter Arztbericht (Formular wird von APRIL International zur Verfügung gestellt) obligatorisch.

Sie müssen alle Fragen genau beantworten, da Ihre Erklärungen für Sie bindend sind. Diese Gesundheitsprüfung ist notwendig, damit die Versicherung das Risiko einschätzen kann, das sie übernehmen wird. Nicht beantwortete Fragen führen zu zusätzlichen Nachfragen.

Die von Ihnen übermittelten medizinischen Informationen unterliegen der beruflichen Schweigepflicht. Indem Sie uns ein Maximum an Informationen liefern, helfen Sie uns, Ihnen rasch zu antworten.

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 im Rahmen der Gesundheitsprüfung bereitgestellten Informationen zu bestätigen und uns zu versichern, dass die während der Behandlung festgestellten Erkrankungen nicht widersprüchlich oder inkohärent gegenüber den Informationen sind, die beim Beitritt gegeben wurden.

Wenn Sie möchten, dass Ihre Antworten vertraulich behandelt werden, fertigen Sie eine Fotokopie des Gesundheitsfragebogens bevor Sie ihn ausfüllen, an, füllen Sie diese aus und schicken Sie sie mit allen notwendigen Nachweisen in einem versiegelten Umschlag mit dem Hinweis „Vertraulich“ an den Vertrauensarzt an folgende Adresse: APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANKREICH.

Einige der übermittelten medizinischen Informationen können für den Vertrauensarzt von APRIL International Expat elektronisch verarbeitet werden. Lt. Gesetz vom 6. Januar 1978, geänd., verfügen Sie über ein Recht auf Zugriff und ggf. Berichtigung aller Informationen, die Sie betreffen und Inhalt dieser Datei sind. Wenden Sie sich dazu schriftlich an den Vertrauensarzt von APRIL International Expat unter der o. g. Adresse.

NAME: VORNAME(N):
 GEBURTSDATUM: [][][][][][][][][] GRÖSSE: [][][] cm GEWICHT: [][][] kg

1	a) Sind Sie derzeit ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Grund: Beginn: [][][][][][][][][]
	b) Waren Sie in den letzten 10 Jahren länger als 14 Tage ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Grund: Beginn: [][][][][][][][][] Ende: [][][][][][][][][]
	c) Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 10 Jahren eine Behinderung oder sind oder waren Sie teilweise in Ihrer Erwerbsfähigkeit gemindert oder erwerbsunfähig?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Grund: Beginn: [][][][][][][][][] Ende: [][][][][][][][][] Name der Krankheit bzw. betroffener Körperteil: Prozentsatz der Erwerbsunfähigkeit oder Invalidität: [][] %
2	Haben oder hatten Sie eine angeborene und/oder Erbkrankheit?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn: [][][][][][][][][]
3	Hatten Sie einen Unfall mit Folgeschäden?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum: [][][][][][][][][] Von den Folgeschäden betroffener Körperteil: Art der Folgeschäden:
4	a) Werden Sie derzeit medikamentös behandelt (außer Einnahme von Kontrazeptiva)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: [][][][][][][][][] Ende der Behandlung: [][][][][][][][][]
	b) Werden Sie medizinisch behandelt (Physiotherapie, Osteopathie, Akupunktur, Infiltration, Psychotherapie, Orthese)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: [][][][][][][][][] Ende der Behandlung: [][][][][][][][][]
	c) Wurden Sie in den letzten 5 Jahren mehr als zwei Wochen hintereinander medikamentös behandelt (außer Einnahme von Kontrazeptiva)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: [][][][][][][][][] Ende der Behandlung: [][][][][][][][][]

4	d) Wurden Sie in den letzten 5 Jahren medizinisch behandelt (Physiotherapie, Osteopathie, Akupunktur, Infiltration, Psychotherapie, Orthese)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
5	Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einer medizinischen Einrichtung (Klinik, Krankenhaus, Gesundheitszentrum, psychiatrische Einheit) stationär behandelt (inkl. unter 24 Std.) wegen: - Operation, chirurgischen Eingriffen (Endoskopie, Arthroskopie, Gefäßplastik), - Untersuchungen, - Behandlungen, - Konvaleszenz, - Entgiftungskur, - Rehabilitation, ausgenommen Operation der Weisheitszähne, der Mandeln und Blinddarmentzündung?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum: Grund des Aufenthalts: Dauer des Aufenthalts: Ergebnisse: Verordnete Behandlung:
6	Haben Sie in den letzten 5 Jahren Laboranalysen (Blut, Urin, Stuhl), kardiologische (Ultraschall, EKG, Doppler) und/oder medizinisch bildgebende Untersuchungen (Ultraschall, CT, MRT, Endoskopie, Koloskopie, Radiologie, Mammographie) durchführen lassen?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum: Art der Untersuchung: Grund der Untersuchung: Ergebnisse:
Leiden Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren an einer der folgenden Krankheiten gelitten:			
9	a) der Atemwege (Asthma, Tuberkulose, Atemnot oder an einer anderen Erkrankung der Atemwege)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	b) Herz-Kreislauf (Bluthochdruck, Venenentzündung, Infarkt oder an einer anderen Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	c) der Augen/HNO (Glaukom, Taubheit, Blindheit oder an einer anderen HNO- oder Augenkrankheit)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
7	d) der Gelenke (Halswirbelsäulenschmerz, Bandscheibenprolaps, Hexenschuss, Polyarthrit oder an einer anderen Erkrankung der Knochen oder Gelenke oder an einer Autoimmunkrankheit)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Betroffener Körperteil (z. B. Schulter, Knie...): Behandlung(en): Wenn es sich um die Wirbelsäule handelt, präzisieren Sie die betroffenen Segmente: <input type="radio"/> Hals <input type="radio"/> Rücken <input type="radio"/> Lenden <input type="radio"/> Kreuzbein Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	e) der Haut (Ekzem, Psoriasis oder an einer anderen Hautkrankheit)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	f) des Verdauungsapparats (Morbus Crohn, Magengeschwür oder an einer anderen Erkrankung des Verdauungsapparats)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	g) der Nerven und Muskeln (Epilepsie, Myopathie, Schlaganfall oder an einer Erkrankung des Nerven- oder Muskelsystems)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:

Leiden Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren an einer der folgenden Krankheiten gelitten:			
7	h) der Drüsen und des Stoffwechsels (Schilddrüse, Diabetes oder an einer anderen Erkrankung des endokrinen oder Stoffwechselsystems)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	i) der Blase und Nieren (Harnleiter oder an einer anderen Erkrankung des Blasen-Nieren-Systems)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	j) der Geschlechtsorgane (Endometriose, Prostatentzündung oder an einer anderen gynäkologischen oder urogenitalen Krankheit)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	k) der Nerven (Depression, Stress, Angst, Neurose, Psychose, Fibromyalgie oder an einer anderen psychischen oder psychiatrischen Krankheit)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	l) Infektionskrankheiten, Viruserkrankungen, Erkrankungen durch Parasiten oder Blutkrankheiten, Malaria, Hepatitis oder Erkrankungen, die medizinisch überwacht werden müssen?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	m) Krebs (Leukämie, Morbus Hodgkin, Lymphom, gut- und/oder bösartiger Tumor oder an einer anderen Krebserkrankung)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
Haben Sie folgende Bluttests durchführen lassen:			
8	a) HBV (Hepatitis B)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum: Ergebnis: <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ
	b) HCV (Hepatitis C)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum: Ergebnis: <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ
	c) HIV (Aids)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum: Ergebnis: <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ
9	Hatten Sie in den letzten 24 Monaten Symptome, die Sie keinem Gesundheitsfachmann vorgestellt haben, die aber behandlungsbedürftig gewesen wären?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Art der Symptome:
10	Werden Sie derzeit von einem Facharzt behandelt oder wird ein Check-up zu Diagnosezwecken durchgeführt?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Art der Untersuchungen:
11	Sind in den nächsten 6 Monaten Untersuchungen (Labor, medizinische Bildgebung, Endoskopie oder andere medizinische Untersuchungen...) und/oder eine Facharztkonsultation und/oder eine medizinische oder chirurgische Behandlung für Sie geplant?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
12	Ist innerhalb von 12 Monaten nach dem Inkrafttreten des Versicherungsschutzes Ihres Vertrags ein Krankenhausaufenthalt geplant (Mandelooperation, Knieoperation, operative Entfernung einer Zyste, Entbindung oder aus einem anderen Grund)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
13	Wurden Sie schon einmal nur zu Sonderbedingungen in eine Kranken- oder Lebensversicherung aufgenommen, wurde Ihnen diese Aufnahme verweigert oder ein derartiger Vertrag gekündigt?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Art des Vertrags: <input type="radio"/> Krankenversicherung <input type="radio"/> Lebensversicherung Erläuterungen:

Die Gesundheitsprüfung ist 6 Monate gültig.

Wenn Sie beispielsweise wünschen, dass Ihr Vertrag am 01.07.2014 beginnt, können Sie diesen Fragebogen vom 01.01.2014 bis 30.06.2014 unterschreiben.

Jeder Versicherte muss eine Gesundheitsprüfung ausfüllen. Die Fragen **1a), 1b)** und **13** sind für minderjährige Kinder nicht zu beantworten.

Wenn der Vertrag mehr als 2 zu versichernde Personen umfasst, fotokopieren Sie bitten den Fragebogen.

Bei Vertragsabschlüssen ab 60 Jahre sind eine ärztliche Untersuchung (zu Ihren Kosten) und ein ausgefüllter Arztbericht (Formular wird von APRIL International zur Verfügung gestellt) obligatorisch.

Sie müssen alle Fragen genau beantworten, da Ihre Erklärungen für Sie bindend sind. Diese Gesundheitsprüfung ist notwendig, damit die Versicherung das Risiko einschätzen kann, das sie übernehmen wird. Nicht beantwortete Fragen führen zu zusätzlichen Nachfragen.

Die von Ihnen übermittelten medizinischen Informationen unterliegen der beruflichen Schweigepflicht. Indem Sie uns ein Maximum an Informationen liefern, helfen Sie uns, Ihnen rasch zu antworten.

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 im Rahmen der Gesundheitsprüfung bereitgestellten Informationen zu bestätigen und uns zu versichern, dass die während der Behandlung festgestellten Erkrankungen nicht widersprüchlich oder inkohärent gegenüber den Informationen sind, die beim Beitritt gegeben wurden.

Wenn Sie möchten, dass Ihre Antworten vertraulich behandelt werden, fertigen Sie eine Fotokopie des Gesundheitsfragebogens bevor Sie ihn ausfüllen, an, füllen Sie diese aus und schicken Sie sie mit allen notwendigen Nachweisen in einem versiegelten Umschlag mit dem Hinweis „Vertraulich“ an den Vertrauensarzt an folgende Adresse: APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANKREICH.

Einige der übermittelten medizinischen Informationen können für den Vertrauensarzt von APRIL International Expat elektronisch verarbeitet werden. Lt. Gesetz vom 6. Januar 1978, geänd., verfügen Sie über ein Recht auf Zugriff und ggf. Berichtigung aller Informationen, die Sie betreffen und Inhalt dieser Datei sind. Wenden Sie sich dazu schriftlich an den Vertrauensarzt von APRIL International Expat unter der o. g. Adresse.

NAME:		VORNAME(N):	
GEBURTSDATUM: [][]/[][]/[][][][][][][][][]		GRÖSSE: [][][][] cm	GEWICHT: [][][][] kg
1	a) Sind Sie derzeit ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Grund: Beginn: [][][][][][][][][]
	b) Waren Sie in den letzten 10 Jahren länger als 14 Tage ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Grund: Beginn: [][][][][][][][][] Ende: [][][][][][][][][]
	c) Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 10 Jahren eine Behinderung oder sind oder waren Sie teilweise in Ihrer Erwerbsfähigkeit gemindert oder erwerbsunfähig?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Grund: Beginn: [][][][][][][][][] Ende: [][][][][][][][][] Name der Krankheit bzw. betroffener Körperteil: Prozentsatz der Erwerbsunfähigkeit oder Invalidität: [][] %
2	Haben oder hatten Sie eine angeborene und/oder Erbkrankheit?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn: [][][][][][][][][]
3	Hatten Sie einen Unfall mit Folgeschäden?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum: [][][][][][][][][] Von den Folgeschäden betroffener Körperteil: Art der Folgeschäden:
4	a) Werden Sie derzeit medikamentös behandelt (außer Einnahme von Kontrazeptiva)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: [][][][][][][][][] Ende der Behandlung: [][][][][][][][][]
	b) Werden Sie medizinisch behandelt (Physiotherapie, Osteopathie, Akupunktur, Infiltration, Psychotherapie, Orthese)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: [][][][][][][][][] Ende der Behandlung: [][][][][][][][][]
	c) Wurden Sie in den letzten 5 Jahren mehr als zwei Wochen hintereinander medikamentös behandelt (außer Einnahme von Kontrazeptiva)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: [][][][][][][][][] Ende der Behandlung: [][][][][][][][][]

4	<p>d) Wurden Sie in den letzten 5 Jahren medizinisch behandelt (Physiotherapie, Osteopathie, Akupunktur, Infiltration, Psychotherapie, Orthese)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
5	<p>Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einer medizinischen Einrichtung (Klinik, Krankenhaus, Gesundheitszentrum, psychiatrische Einheit) stationär behandelt (inkl. unter 24 Std.) wegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Operation, chirurgischen Eingriffen (Endoskopie, Arthroskopie, Gefäßplastik), - Untersuchungen, - Behandlungen, - Konvaleszenz, - Entgiftungskur, - Rehabilitation, <p>ausgenommen Operation der Weisheitszähne, der Mandeln und Blinddarmentzündung?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum: Grund des Aufenthalts: Dauer des Aufenthalts: Ergebnisse: Verordnete Behandlung:
6	<p>Haben Sie in den letzten 5 Jahren Laboranalysen (Blut, Urin, Stuhl), kardiologische (Ultraschall, EKG, Doppler) und/oder medizinisch bildgebende Untersuchungen (Ultraschall, CT, MRT, Endoskopie, Koloskopie, Radiologie, Mammographie) durchführen lassen?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum: Art der Untersuchung: Grund der Untersuchung: Ergebnisse:
<p>Leiden Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren an einer der folgenden Krankheiten gelitten:</p>			
9	<p>a) der Atemwege (Asthma, Tuberkulose, Atemnot oder an einer anderen Erkrankung der Atemwege)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	<p>b) Herz-Kreislauf (Bluthochdruck, Venenentzündung, Infarkt oder an einer anderen Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	<p>c) der Augen/HNO (Glaukom, Taubheit, Blindheit oder an einer anderen HNO- oder Augenkrankheit)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	<p>d) der Gelenke (Halswirbelsäulenschmerz, Bandscheibenprolaps, Hexenschuss, Polyarthritits oder an einer anderen Erkrankung der Knochen oder Gelenke oder an einer Autoimmunkrankheit)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Betroffener Körperteil (z. B. Schulter, Knie...): Behandlung(en): Wenn es sich um die Wirbelsäule handelt, präzisieren Sie die betroffenen Segmente: <input type="radio"/> Hals <input type="radio"/> Rücken <input type="radio"/> Lenden <input type="radio"/> Kreuzbein Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	<p>e) der Haut (Ekzem, Psoriasis oder an einer anderen Hautkrankheit)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	<p>f) des Verdauungsapparats (Morbus Crohn, Magengeschwür oder an einer anderen Erkrankung des Verdauungsapparats)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	<p>g) der Nerven und Muskeln (Epilepsie, Myopathie, Schlaganfall oder an einer Erkrankung des Nerven- oder Muskelsystems)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:

Leiden Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren an einer der folgenden Krankheiten gelitten:			
7	<p>h) der Drüsen und des Stoffwechsels (Schilddrüse, Diabetes oder an einer anderen Erkrankung des endokrinen oder Stoffwechselsystems)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	<p>i) der Blase und Nieren (Harnleiter oder an einer anderen Erkrankung des Blasen-Nieren-Systems)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	<p>j) der Geschlechtsorgane (Endometriose, Prostatentzündung oder an einer anderen gynäkologischen oder urogenitalen Krankheit)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	<p>k) der Nerven (Depression, Stress, Angst, Neurose, Psychose, Fibromyalgie oder an einer anderen psychischen oder psychiatrischen Krankheit)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	<p>l) Infektionskrankheiten, Viruserkrankungen, Erkrankungen durch Parasiten oder Blutkrankheiten, Malaria, Hepatitis oder Erkrankungen, die medizinisch überwacht werden müssen?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
	<p>m) Krebs (Leukämie, Morbus Hodgkin, Lymphom, gut- und/oder bösartiger Tumor oder an einer anderen Krebserkrankung)?</p>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
Haben Sie folgende Bluttests durchführen lassen:			
8	a) HBV (Hepatitis B)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum: Ergebnis: <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ
	b) HCV (Hepatitis C)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum: Ergebnis: <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ
	c) HIV (Aids)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Datum: Ergebnis: <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ
9	Hatten Sie in den letzten 24 Monaten Symptome, die Sie keinem Gesundheitsfachmann vorgestellt haben, die aber behandlungsbedürftig gewesen wären?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Art der Symptome:
10	Werden Sie derzeit von einem Facharzt behandelt oder wird ein Check-up zu Diagnosezwecken durchgeführt?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Art der Untersuchungen:
11	Sind in den nächsten 6 Monaten Untersuchungen (Labor, medizinische Bildgebung, Endoskopie oder andere medizinische Untersuchungen...) und/oder eine Facharztkonsultation und/oder eine medizinische oder chirurgische Behandlung für Sie geplant?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
12	Ist innerhalb von 12 Monaten nach dem Inkrafttreten des Versicherungsschutzes Ihres Vertrags ein Krankenhausaufenthalt geplant (Mandelopoperation, Knieoperation, operative Entfernung einer Zyste, Entbindung oder aus einem anderen Grund)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Krankheit(en): Behandlung(en): Beginn der Behandlung: Ende der Behandlung:
13	Wurden Sie schon einmal nur zu Sonderbedingungen in eine Kranken- oder Lebensversicherung aufgenommen, wurde Ihnen diese Aufnahme verweigert oder ein derartiger Vertrag gekündigt?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Art des Vertrags: <input type="radio"/> Krankenversicherung <input type="radio"/> Lebensversicherung Erläuterungen:

Die verschiedenen Schritte bis zu Ihrem Beitritt



Sie füllen Ihren Aufnahmeantrag aus und schicken diesen an APRIL International Expat.
Die Anleitung dazu finden Sie auf der letzten Seite, oder Sie kontaktieren uns.



Wir bearbeiten Ihren Antrag.



Sie erhalten danach:

- Ihre Aufnahmebestätigung, die als Versicherungsbescheinigung gilt,
 - Ihre Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem Vertrag zu Grunde liegen,
 - Ihre Versichertenkarte mit den Notfallnummern, die Sie vor allem bei Unterstützungsbedarf oder vor einer Krankenhauseinweisung anrufen,
 - Ihren Versicherungsleitfaden, der die Leistungen Ihres Vertrags zusammenfasst und aus dem alle nützlichen Kontakte hervorgehen.
-

Bitte schicken Sie Ihren ausgefüllten Aufnahmeantrag an:

**Pro Vorsorge Olaf Malecha
Krankenversicherungsmakler
Lübecker Str. 96
39124 Magdeburg, Germany**

Wenn Sie Ihren Antrag stornieren möchten, können Sie das folgende abtrennbare Formular verwenden und an APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 – FRANKREICH schicken.

WIDERRUF IM RAHMEN EINES HAUSTÜRGESCHÄFTS

Artikel L.112-9 des französischen Versicherungsgesetzes

Jede natürliche Person, die in ihrer Wohnung, an ihrem Wohnsitz oder an ihrem Arbeitsplatz, selbst auf ihre Bitte, Gegenstand eines Haustürgeschäfts ist und in diesem Rahmen ein Versicherungsangebot oder einen Vertrag unterzeichnet, dessen Gegenstand nicht in den Rahmen ihrer Geschäfts- oder Berufstätigkeit fällt, kann von diesem per Einschreiben mit Rückschein innerhalb einer Frist von vierzehn vollen Kalendertagen ab dem Tag des Vertragsschlusses ohne Begründung und straffrei zurücktreten.

Bedingungen: Wenn Sie Ihren Antrag widerrufen wollen, füllen Sie dieses abtrennbare Formular aus und unterschreiben Sie dieses. Schicken Sie es in einem Umschlag per Einschreiben mit Rückschein an die obige Adresse. Versenden Sie es spätestens innerhalb einer Frist von 14 Tagen ab dem Tag nach dem Datum, an dem Sie auf dem Aufnahmeantrag Unterschrift geleistet haben 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, erkläre, den nachfolgend genannten Aufnahmeantrag zu widerrufen:

Name des Vertrags: **Ambassade Ref. Am 2014**

Datum der Unterzeichnung des Aufnahmeantrags: / /

Name des Mitglieds:

Vorname des Mitglieds:

Anschrift des Mitglieds:

Postleitzahl: Stadt:

Land:

Telefonnummer:

Name des Versicherungsberaters:

Anschrift des Versicherungsberaters:

Postleitzahl: Stadt:

Land:

Telefonnummer:

Datum und Unterschrift des Mitglieds:

/ /

Nur von APRIL International Expat auszufüllen: Kundennummer

- A. Tragen Sie Ihre persönlichen Daten ein (Name, Vorname, Anschrift ...) **1**, **2** und **3**.
- B. Wählen Sie die Höhe Ihres Versicherungsschutzes **4**. Wenn Sie die Leistung Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit aus medizinischem Grund gewählt haben, legen Sie eine Kopie Ihres letzten Einkommensteuerbescheids und Ihrer letzten Gehaltsabrechnung bei.
- C. Geben Sie das Datum an, ab dem Ihr Vertrag beginnen soll **5**.
- D. Berechnen Sie Ihren Beitrag und geben Sie die Zahlungsweise an **6**.
- E. Wenn Sie an einen der Vereine, die wir unterstützen, spenden möchten, füllen Sie bitte Teil **7** aus.
- F. Datieren und unterschreiben Sie Ihren Aufnahmeantrag im Abschnitt **8**.
- G. Füllen Sie die Gesundheitsprüfung(en) aus, datieren und unterschreiben Sie sie **9**.
- H. Wenn Sie eine Außerkraftsetzung der für die Krankenversicherung geltenden Wartezeiten beantragen möchten, fügen Sie die Löschungsbescheinigung Ihres Vorvertrags bei mit Einzelheiten zum Versicherungsschutz, den Sie mit diesem Vertrag hatten.
- I. - Legen Sie einen Scheck, ausgestellt in Höhe des ersten Beitrags in Euro auf APRIL International Expat, bei *ODER*
 - vermerken Sie die Koordinaten der Kreditkarte auf Ihrem Aufnahmeantrag, *ODER*
 - geben Sie die erste Überweisung in Auftrag (in diesem Fall bitte eine Kopie des Überweisungsauftrags beifügen).

Schicken Sie alles an
 Pro Vorsorge Olaf Malecha
 Krankenversicherungsmakler
 Lübecker Str.96
 39124 Magdeburg, Germany

UND WAS PASSIERT DANN?

Ihr Aufnahmeantrag wird schnellstmöglich, nach Eingang Ihrer vollständigen Unterlagen von APRIL International Expat bearbeitet. Die Aufnahme erfolgt durch Ausfertigung einer Aufnahmebestätigung, (die als Versicherungsbescheinigung gilt), aus der der gewählte Versicherungsschutz und das Datum des Inkrafttretens Ihres Vertrags hervorgehen.

Ihr Vertrag beginnt an dem auf der Aufnahmebestätigung angegebenen Datum und frühestens am 16. des Monats oder am 1. Tag des Monats nach Eingang Ihres vollständigen Aufnahmeantrags.

april international | expat

APRIL INTERNATIONAL EXPAT EINE FIRMA VON APRIL

Firmensitz:

110, Avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - 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

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 de Résolution (Aufsichts- und Kontrollbehörde)
 61, Rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANKREICH.



Changing the image of insurance.