

7 Ernennung eines Vermittlers

Als Antragsteller autorisiere ich hiermit

NAME DES VERMITTLERS

im Namen aller in diesem Antrag aufgeführten Personen im Hinblick auf die Verwaltung dieser Police zu handeln. Dies kann die Offenlegung sensibler medizinischer Informationen beinhalten. Diese Autorisierung ist solange gültig, bis ich sie schriftlich bei Allianz Worldwide Care annulliere.

Intern auszufüllen — Name und Stempel
des Vermittlers

Unterschrift des Antragstellers

Name des Antragstellers in
Druckbuchstaben

Datum

T T / M M / J J

8 Zahlungsangaben

Bitte zahlen Sie Ihre Versicherungsbeiträge erst, nachdem Sie von uns eine Versicherungsnummer erhalten haben.

Zahlungsmethode und Zahlungsfrequenz

Bitte beachten Sie, dass für den Tarif „EuroSanté Tranquillité“ nur eine jährliche Beitragszahlung möglich ist. Für die Tarife „EuroSanté Equilibre“ und „EuroSanté Optimum“ ist eine jährliche, halbjährliche oder vierteljährliche Beitragszahlung möglich.

Bitte wählen Sie die von Ihnen gewünschte Zahlungsmethode und Zahlungsfrequenz:

	Jährlich	Halbjährlich	Vierteljährlich
SEPA Lastschriftverfahren*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreditkarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banküberweisung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Falls Sie per Lastschrifteinzugsverfahren bezahlen möchten, füllen Sie bitte die SEPA Einzugsermächtigung aus und reichen Sie diese bei uns ein: www.allianzworldwidecare.com/eurosante

Zahlung per Kreditkarte

Wenn Sie per Kreditkarte bezahlen möchten, geben Sie bitte die folgenden Informationen an:

Kreditkarte MasterCard Visa

Name des Karteninhabers

Kartennummer - - - Gültig bis /

Sobald diese Informationen in unserem System gespeichert sind, wird der Abschnitt vom Antragsformular getrennt und aus Sicherheitsgründen vernichtet.

Kreditkarten-Vollmacht

Ich ermächtige Allianz Worldwide Care, die Beitragszahlung für meinen Krankenversicherungsschutz von meinem Kreditkartenkonto abzubuchen. Über die genaue Höhe der Versicherungsbeiträge werde ich nach Annahme dieses Antrags bzw. nach einer Verlängerung des Versicherungsvertrags informiert. Der Versicherungsbeitrag kann sich ändern, wenn ich eine Änderung vornehme, die Einfluss auf die Beitragshöhe hat, z. B. wenn ich dem Versicherungsvertrag einen weiteren Angehörigen hinzufüge. Diese Vollmacht ist solange gültig, bis ich sie schriftlich bei Allianz Worldwide Care widerrufe. Eine jährliche Beitragserhöhung wird mir einen Monat vorher mitgeteilt.

Unterschrift des Karteninhabers _____

Datum / /

Bitte schicken Sie uns das vollständig ausgefüllte Antragsformular per:

E-Mail: underwriting@allianzworldwidedcare.com
Fax: + 353 1 629 7117
Post: Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland

Falls Sie Probleme beim Ausfüllen des Antragsformulars oder Fragen zu unserem Antragsverfahren haben, können Sie sich gerne an unsere Helpline wenden: + 353 1 630 1302.