

FIRST'EXPAT+ VERSICHERUNGSANTRAG



BITTE FÜLLEN SIE DIESES FORMULAR IN GROSSBUCHSTABEN AUS. Senden Sie es unterzeichnet an:
E-Mail: newapplication@msh-intl.com, indem Sie das gesamte Antragsformular scannen
Post: siehe Angaben auf der letzten Seite dieses Antragsformulars.
 Sollten Sie beim Ausfüllen dieses Antragsformulars Unterstützung benötigen,
 wenden Sie sich bitte telefonisch unter +33 (0)1 44 20 48 77 an uns.

1 ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSNEHMER DES VERTRAGS

Der Versicherungsvertrag kann nur von Personen unter 71 Jahren abgeschlossen werden.

Anrede: Herr Frau

Vorname(n):

Nachname:

Geburtsdatum: / / (TT/MM/JJJJ) Geschlecht: Männlich Weiblich

Staatsangehörigkeit (Nationalität des Hauptreisepasses):

Herkunftsland (Land der Staatsangehörigkeit, d. h. Land, in das ein Rücktransport erfolgen soll):

Aufenthaltsland (Staat im Ausland, in dem Sie mehr als 6 Monate pro Jahr leben):

Postanschrift im Hauptwohnsitzland (Pflichtangabe):

Name und Anschrift für den Versand von Mitteilungen über Beitragsleistungen (falls anders als oben angegebene E-Mail-Adresse, Pflichtangabe):

Telefonnummer: Länderkennzahl: Ortsvorwahl: Nummer:

E-Mail-Adresse für Mitteilungen über Kostenerstattungen (Pflichtangabe, in Großbuchstaben):

E-Mail-Adresse für Mitteilungen über Beitragsleistungen (falls anders als oben angegebene E-Mail-Adresse, Pflichtangabe):

Beruf (Pflichtangabe, falls Student(in) oder ohne Beruf bitte angeben):

Tätigkeitsfeld:

Sprache, in der Sie Ihre Vertragsdokumentation erhalten möchten: Französisch Englisch

2 VERSICHERUNGSBERECHTIGTE

Die Versicherungsberechtigten können der/die Partner(in) oder abhängige Kinder unter 20 Jahren oder unter 26 Jahren sein, sofern sie eine Ausbildung/ein Studium absolvieren. Im letzteren Fall ist zu Beginn jedes Schuljahrs nach Abschluss des 20. Lebensjahres eine entsprechende Ausbildungs-/Studienbescheinigung für das abhängige Kind vorzulegen. Sollte auf diesem Formular nicht ausreichend Platz für alle Versicherungsberechtigten sein, verwenden Sie bitte eine Kopie dieses Antragsformulars.

Bitte setzen Sie Ihre Versicherungsberechtigten über unsere Bestimmungen zum Schutz ihrer personenbezogenen Daten in Kenntnis und informieren Sie sie insbesondere über ihre Rechte auf Auskunft über ihre personenbezogenen Daten, deren Berichtigung oder Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten oder Widerspruch und Datenübertragbarkeit.

| | BERECHTIGTER 1 | BERECHTIGTER 2 | BERECHTIGTER 3 | BERECHTIGTER 4 |
|--|--|---|---|---|
| Beziehung zum Versicherungsnehmer | Partner(in) <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> | Kind <input type="checkbox"/> | Kind <input type="checkbox"/> | Kind <input type="checkbox"/> |
| Vorname(n) | | | | |
| Nachname | | | | |
| Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) | / / | / / | / / | / / |
| Geschlecht | M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> |
| Staatsangehörigkeit | | | | |
| Staatsangehörigkeit Herkunftsland | | | | |
| Wohnsitzland | | | | |
| Beruf (Pflichtangabe, falls Student(in) oder ohne Beruf bitte angeben) | | | | |
| Tätigkeitsfeld | | | | |

3 VERSICHERUNGSBEGINN

Bitte geben Sie das Datum an, an dem Ihr Versicherungsschutz beginnen soll (TT/MM/JJJJ): / /
(muss entweder der 1. oder der 15. Tag des gewünschten Monats sein)

Ein rückwirkender Versicherungsschutz ist nicht möglich.

Der Versicherungsschutz ist abhängig von der Annahme Ihres Antrags, die Ihnen durch Zusendung der Versicherungsbescheinigung bestätigt wird.

4 AUSWAHL DES LEISTUNGSUMFANGS/DER TARIFSTUFE FÜR DIE KRANKENVERSICHERUNG UND DIE ZUSATZOPTIONEN

Bitte beachten Sie, dass die Währung/die Tarifstufe/die Krankenversicherungsleistungen/die Eigenbeteiligung für alle Versicherten einheitlich sein müssen.

Geben Sie die gewünschte Vertragswährung an: Euro (Tarifregionen 1 bis 4) US-Dollar (All Tarifregionen)

Wählen Sie Ihre Tarifstufe:

Tarif Quartz Tarif Pearl Tarif Sapphire Tarif Diamond

Wählen Sie Ihre Krankenversicherungsleistungen:

- HEALTH:** Kosten für stationäre und Ambulante Behandlung*
- HEALTH+:** Kosten für stationäre und Ambulante Behandlung* und Augenarzt + Zahnarzt
- HEALTH+ CHILD:** Kosten für stationäre und Ambulante Behandlung* und Augenarzt + Zahnarzt und Mutterschaft

* Bei der Deckung der Kosten für stationäre und ambulante Behandlung sind Rechtsschutz und Privathaftpflicht automatisch mit inbegriffen und medizinische Überführung.

Wählen Sie Ihre Eigenbeteiligung:

Diese Eigenbeteiligung erstreckt sich auf alle Leistungen bei stationärer und ambulanter Behandlung, die von der Option Health gedeckt sind. Die Währung der Eigenbeteiligung muss mit der oben angegebenen Vertragswährung übereinstimmen.

Beachten Sie, dass abhängig von der gewählten Tarifregion und Tarifstufe nur eine Eigenbeteiligung in bestimmter Höhe ausgewählt werden kann.

Keine Eigenbeteiligung in € 350€ 750€ 2.000€ 4.000€
Keine Eigenbeteiligung in \$ 500\$ 1.000\$ 2.500\$ 5.000\$

Wählen Sie die gewünschte Tarifregion (es muss mindestens die Region gewählt werden, zu der Ihr Aufenthaltsland gehört):

Die Leistungen können in der gewählten Tarifregion sowie in Regionen mit geringeren Deckungsanforderungen in Anspruch genommen werden: So gilt bei Wahl der Tarifregion 3a beispielsweise die Deckung auch in den Regionen 1, 2 und 3. Wenn Sie in einer Tarifregion mit höheren Deckungsanforderungen versichert sein wollen, geben Sie dies bitte hier an und nennen Sie das entsprechende Land.

- Tarifregion 5:** USA + Tarifregionen 1, 2, 3 und 4
- Tarifregion 4:** Bahamas, Brasilien, China, Großbritannien, Hongkong, Jersey, Saint-Barthélemy, Saint Martin, Schweiz und Singapur + Tarifregionen 1, 2 und 3
- Tarifregion 3:** Australien, Französisch-Polynesien, Griechenland, Irland, Israel, Italien, Japan, Kanada, Katar, Neuseeland, Österreich, Portugal, Russland, Saint Pierre et Miquelon, Spanien, Taiwan, Türkei, Vanuatu und Vereinigte Arabische Emirate + Tarifregionen 1 und 2
- Tarifregion 2:** Angola, Argentinien, Aserbaidschan, Bahrain, Barbados, Belgien, Bolivien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Chile, Costa Rica, Dänemark, Deutschland, Dominikanische Republik, Dschibuti, Ecuador, Finnland, Georgien, Guatemala, Island, Kasachstan, Kolumbien, Kroatien, Kuwait, Lettland, Libanon, Liechtenstein, Luxemburg, Malaysia, Mexiko, Monaco, Mosambik, Niederlande, Nigeria, Norwegen, Oman, Panama, Peru, Saudi-Arabien, Schweden, Slowakei, Südafrika, Thailand, Tschechische Republik, Ukraine, Ungarn, Uruguay, Venezuela, Vietnam, Wallis und Futuna, Weißrussland, Zypern + Tarifregion 1
- Tarifregion 1:** Übrige Welt (darunter Frankreich) ohne Länder der Tarifregionen 2 bis 5

Aus Gründen der Lesbarkeit sind bestimmte Inseln und Territorien nicht in der Liste der Länder enthalten. Sollte Ihr Aufenthaltsland nicht in der Liste angezeigt werden, nehmen Sie bitte Kontakt zu uns auf.

Wir weisen Sie darauf hin, dass gewisse zuvor aufgeführte Länder außerhalb der Europäischen Union, in die Ihre Daten übertragen werden können, sollten Sie dort ansässig sein, ein anderes Schutzniveau aufweisen können, als es von der DSGVO vorgesehen ist.

- Ich willige ausdrücklich ein, dass meine Daten, damit ich von den Gesundheitsleistungen meines Vertrags profitieren kann, in Länder außerhalb der Europäischen Union übermittelt werden. Diese gewährleisten entweder ein angemessenes Schutzniveau oder es werden in Bezug auf diese Länder geeignete Garantien wie der Abschluss der Standardvertragsklauseln zum Datenschutz, die von der Europäischen Kommission verabschiedet wurden, genutzt. Die Übertragung kann auch auf Grundlage der in Artikel 49 der Verordnung Nr. 2016/679, Datenschutz-Grundverordnung genannt, vorgesehenen Abweichungen erfolgen.

5 WAHL DER OPTION MEDIZINISCHE VERSORGUNG/KRANKENRÜCKTRANSPORT

JA NEIN

8 MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

Sollten Sie eine der nachfolgenden Fragen für sich oder einen der anderen Versicherungsberechtigten mit Ja beantworten, geben Sie bitte alle zugehörigen Angaben (Datum, Grund, Folgen oder Spätfolgen, Art der Behandlung, Dauer usw.) auf der Rückseite des vorliegenden Fragebogens mit Datum und Unterschrift an. Aus Gründen der Vertraulichkeit Ihrer Unterlagen bitten wir Sie, diese Angaben in einem verschlossenen Umschlag zu Händen des „Vertrauensarztes“ beizulegen.

Abhängig von den Zusatzangaben und nach erfolgter Analyse durch unseren Vertrauensarzt können wir Ihren Antrag ablehnen oder ihn mit Leistungsbeschränkungen oder einem erhöhten Versicherungsbeitrag annehmen, wie in den allgemeinen Vertragsbedingungen vorgesehen.

Jeder Versicherte muss einen medizinischen Fragebogen ausfüllen und unterzeichnen (bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten). Falls Sie mehr als einen Fragebogen ausfüllen müssen, machen Sie bitte eine Kopie.

FRAGEN

Sie sind...? VERSICHERUNGSNEHMER PARTNER(IN) KIND

Nachname

Vorname(n)

Größe (cm)

Gewicht (kg)

BITTE BEANTWORTEN SIE ALLE FRAGEN UND MACHEN SIE GENAUERE ANGABEN, FALLS ERFORDERLICH..

| | | |
|---|--|---|
| 1 | Sind Sie derzeit krankgeschrieben? | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> |
| 2 | Waren Sie im Laufe der vergangenen 3 Jahre länger als 10 Tage krankgeschrieben? | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> |
| 3 | Wurden Sie während der letzten 10 Jahre stationär im Krankenhaus behandelt und/oder wurde an Ihnen ein chirurgischer Eingriff, auch durch Endoskopie, durchgeführt (mit Ausnahme einer Entbindung, einfachen Blinddarmentfernung, Entfernung von Weisheitszähnen, Entfernung der Mandeln oder adenoider Vegetationen im Kindesalter, einem komplikationslosen Bruch vor über einem Jahr...)? | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> |
| 4 | Hatten Sie oder die anderen Versicherungsberechtigten in den vergangenen 10 Jahren Krankheiten, Leiden oder Unfälle, die einer medizinischen Betreuung von mehr als 15 Tagen bedurften (Behandlungen, medizinische usw.)? | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> |
| 5 | Werden Sie derzeit medizinisch betreut (Behandlungen, medizinische Versorgung, regelmäßige Nachbehandlungen usw.) und/oder nehmen Sie von einem Arzt verschriebene Arzneimittel ein (mit Ausnahme von Verhütungsmitteln)? | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> |
| 6 | Haben Sie vor diesem Antrag eine 100%-ige Kostenübernahme der Sozialversicherung aus medizinischem Grund im Rahmen einer Langzeiterkrankung in Anspruch genommen? Falls ja, machen Sie bitte Angaben zu der Erkrankung. | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> |
| | Müssen Sie sich in den kommenden 12 Monaten Folgendem unterziehen (ausgenommen Entbindung und Vorsorgeuntersuchungen): | |
| | - einem medizinischen oder chirurgischen Eingriff? | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> |
| 7 | - einer medizinischen Untersuchung (Radiologie, Labor-untersuchung, MRT, CT, Beratung usw.)? | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> |
| | - Einer Behandlung jeglicher Art (Psychologie, Krankengymnastik, Bestrahlung, Orthophonie, Chemotherapie, zahnärztliche Behandlung, medikamentöse Behandlung usw.) ? | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> |
| 8 | Haben Sie sich im Laufe der vergangenen 5 Jahre biologischen und/oder serologischen Tests unterzogen, deren Ergebnisse sich als anormal erwiesen haben? | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> |

FRAGEN (FORTSETZUNG)

| | | |
|----|---|--|
| 9 | Ist einer Ihrer Eltern, Brüder oder Schwestern (einschließlich bereits Verstorbener) vor dem Alter von 65 Jahren an Herzproblemen, erhöhten Cholesterinwerten, Krebs, Nierenerkrankungen, Polyposis im Darmtrakt oder einer anderen erblichen Krankheit erkrankt? | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> |
| 10 | Konsumieren Sie: - mehr als 10 Zigaretten pro Tag? | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> |
| | - mehr als 2 Gläser Wein (oder vergleichbar) pro Tag? | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> |
| 11 | Haben Sie bereits eine Psychotherapie beansprucht oder waren Sie bei einem Psychiater in Behandlung? Falls ja, wann? | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> / / |

Sollten Sie eine der obigen Fragen für sich oder einen der anderen Versicherungsberechtigten mit Ja beantwortet haben, geben Sie bitte alle zugehörigen Angaben (Datum, Grund, Folgen oder Spätfolgen, Art der Behandlung, Dauer usw.) unter Angabe der Nummer(n) der Frage(n), auf die Sie mit Ja geantwortet haben, an. Sollten Sie mehr Platz benötigen, können Sie Ihre Angaben auf einem weißen Blatt Papier fortsetzen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ich, der/die Unterzeichnete, bestätige, dass ich die Fragen in diesem Formular richtig und wahrheitsgemäß beantwortet habe, nichts erklärt oder ausgelassen habe, das MSH INTERNATIONAL irreführen und die Anwendung der Artikel L. 113-8 und L. 113--9 des französischen Versicherungsgesetzbuches (Code des assurances) zur Folge haben könnte.

| | |
|---|---|
| <p>Ort (Ort/Land, außerhalb der USA):</p> <p>Datum (TT/MM/JJJJ): / /</p> | <p>Unterschrift des Versicherungsnehmers oder des gesetzlichen Vertreters eines Minderjährigen (geben Sie in diesem Fall bitte Ihre Beziehung zu dem Minderjährigen (Elternteil, Vormund usw.) sowie Ihren Vor- und Nachnamen an) mit dem vorangestellten Vermerk „Gelesen und genehmigt“:</p> |
|---|---|

9 SCHUTZ PERSONENBEZOGENER DATEN

MSH International mit Sitz in Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris cedex 17, Frankreich, verarbeitet personenbezogene Daten, soweit dies für das Zustandekommen Ihres Krankenversicherungsvertrags, dessen Verwaltung und Abwicklung und die Einhaltung der vorgeschriebenen Sorgfalt in Sachen Kampf gegen Geldwäsche und gegen Terrorismusfinanzierung erforderlich ist. Diesbezüglich sind alle erhobenen Daten obligatorisch.

Die Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten sind: der das Risiko tragende Versicherer, die verschiedenen Unternehmen, die zu MSH International gehören, und die Dienstleister, die an der Verwaltung des Versicherungsvertrags weltweit beteiligt sind. In diesem Rahmen können Ihre Daten in Länder außerhalb der Europäischen Union übermittelt werden. Diese gewährleisten entweder ein angemessenes Schutzniveau oder es werden in Bezug auf diese Länder geeignete Garantien wie der Abschluss der Standardvertragsklauseln zum Datenschutz, die von der Europäischen Kommission verabschiedet wurden, genutzt. Die Übertragung kann auch auf Grundlage der in Artikel 49 der Verordnung Nr. 2016/679, Datenschutz-Grundverordnung genannt, vorgesehenen Abweichungen erfolgen.

Ihre personenbezogenen Daten werden für die Dauer gespeichert, die für die Verwaltung wie von den in dieser Sache anwendbaren Gesetzen vorgeschrieben erforderlich ist.

Sie besitzen jederzeit ein Recht auf Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten, deren Berichtigung oder Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten oder Widerspruch und Datenübertragbarkeit sowie das Recht, Post-mortem-Verfügungen zu treffen. Zur Wahrnehmung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten per Brief unter der Adresse SIACI SAINT HONORE - Délégué à la Protection des Données - Immeuble Season - 39 Rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris Cedex 17, Frankreich, oder per E-Mail unter der Adresse dpo@s2hgroup.com.

Sie besitzen das Recht, bei einer Aufsichtsbehörde für den Schutz personenbezogener Daten Beschwerde einzulegen.

Sie können unsere vollständige Politik für den Schutz personenbezogener Daten auf unserer Website www.msh-intl.com in der Rubrik „Impressum“ einsehen.

10 HINWEISE

Wir bitten Sie, die nachfolgenden wichtigen Hinweise zur Kenntnis zu nehmen.

Unsere Analyse und unsere Vorschläge beruhen auf den Angaben, Bedürfnissen und Beschränkungen, die Sie uns im Zuge unseres Informationsaustausches mitgeteilt haben. Es sei darauf hingewiesen, dass die Qualität und Richtigkeit der vom Versicherungsnehmer übermittelten Angaben, insbesondere Informationen finanzieller Art oder über die Ziele der Versicherung, die Qualität und Relevanz unseres Vorschlags unmittelbar beeinflussen.

Ihnen wird daher dringend empfohlen, sämtliche Bedingungen Ihres Versicherungsvertrags, insbesondere die Absätze über die ausgeschlossenen Risiken, die Laufzeit Ihres Vertrags, die eventuellen Wartezeiten und die Eigenbeteiligung, die Definitionen der Leistungen und der Sanktionen im Falle unrichtiger oder unvollständiger Angaben, aufmerksam durchzulesen.

Bei jeglicher Unzufriedenheit steht Ihnen Ihr üblicher Ansprechpartner zur Verfügung.

Sie können sich auch an den Service réclamation (Reklamationsabteilung) unter der Adresse 23 allées de l'Europe, 92 587 Clichy Cedex wenden oder an die Reklamationsabteilung des regionalen Hauptsitzes, in dessen Zuständigkeitsbereich Sie fallen (Kontaktinformationen unter der Rubrik „Kontakt“) schreiben.

Wir verpflichten uns in diesem Fall, Ihnen innerhalb von maximal zwei Monaten, beginnend ab dem Erhalt aller Bestandteile Ihrer Reklamation, zu antworten oder Sie andernfalls über die weiteren Schritte der Bearbeitung Ihrer Reklamation zu informieren.

Wenn Sie nicht mit der Antwort oder vorgeschlagenen Lösung einverstanden sind, können Sie sich als letztes Mittel auf dem Postweg an folgende Schlichtungsstelle wenden: La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

Die erfassten Angaben können von IT-Systemen verarbeitet werden, um die Verwaltung und Ausführung unserer Versicherungsverträge zu ermöglichen.

Gemäß dem französischen Datenschutzgesetz „Informatique et Libertés“ vom 6. Januar 1978 in der geänderten Fassung von 2004 haben Sie das Recht, Sie selbst betreffende Daten abzurufen, richtig zu stellen und abzulehnen. Sie können von diesem Recht Gebrauch machen, in dem Sie einen schriftlichen Antrag mit einem unterzeichneten Identitätsnachweis an die nachfolgend genannte Anschrift senden: ASFE - MSH INTERNATIONAL - Direction juridique - Immeuble Season - 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75815 Paris cedex 17.

Zur Beantwortung Ihrer Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

11 UNTERZEICHNUNG DES VERSICHERUNGSANTRAGS

ICH BEANTRAGE meine Aufnahme in die ASFE (Association of Services for Expatriates), einem Verband gemäß dem Vereinsgesetz 1901 mit Sitz in Immeuble Season - 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75815 Paris cedex 17, sowie in die von ihr garantierten Versicherungsverträge bei den folgenden Versicherungsgesellschaften:

- **GROUPAMA GAN VIE**,
für die Deckung von Gesundheitskosten und Vorsorgeleistungen von FIRST'EXPAT+
- **EUROP ASSISTANCE**
für medizinische Überführungen und medizinische Versorgung/Krankenrücktransport von FIRST'EXPAT +
- **CIVIS - AREAS** für die Rechtsschutz von FIRST'EXPAT+
- **CHUBB** für die Haftpflichtversicherung von FIRST'EXPAT+

ICH ERKLÄRE, DASS:

- Ich die Empfehlung von MSH INTERNATIONAL zur Kenntnis genommen habe und ihr folgen möchte. MSH INTERNATIONAL ist eine französische Maklergesellschaft (eingetragen bei der ORIAS unter der Nummer 07 002 751), die für die ASFE deren gesamtes Versicherungsangebot entwickelt und verwaltet, darunter auch den Versicherungsvertrag FIRST'EXPAT+ .
- Ich die Bestimmungen der allgemeinen Bedingungen von FIRST'EXPAT+ zur Kenntnis genommen habe, die als Informationshinweise gelten, ein Exemplar davon aufbewahrt habe und mich mit den Bedingungen des vorliegenden Versicherungsantrags einverstanden erkläre, die als besondere Bedingungen gelten. Ich bestätige, dass ich mein Rücktrittsrecht zur Kenntnis genommen habe.
- Ich zur Kenntnis genommen habe, dass meine Telefongespräche mit der Verwaltung von MSH INTERNATIONAL zu internen Verwaltungszwecken und zur Verbesserung der Leistungen aufgezeichnet werden können. Ich kann Zugang zu den Aufzeichnungen meiner Anrufe erhalten, indem ich mich schriftlich an MSH INTERNATIONAL - Gestion ASFE - 23 allées de l'Europe - 92587 Clichy Cedex - Frankreich wende und meinem Antrag einen Identitätsnachweis beilege. Jede Aufzeichnung wird für 90 Tage aufbewahrt.
- Ich durch die Aufnahme in die ASFE nicht von Beiträgen für etwaige andere Pflichtversicherungen befreit bin.
- Ich zur Kenntnis genommen habe, dass weder direkt noch indirekt Zahlungen an ein Land erfolgen dürfen, das Sanktionen unter anderem von den Vereinten Nationen, dem Office of Foreign Assets Control (OFAC) des amerikanischen Finanzministeriums oder der Europäischen Union unterliegt.
- Ich sämtliche Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten erhalten habe und, wenn ich außerhalb der Europäischen Union ansässig bin, damit ich von den Gesundheitsleistungen auch international profitieren kann, ausdrücklich eingewilligt habe, dass meine Daten an Gesundheitsdienstleister in Länder außerhalb der Europäischen Union übermittelt werden können, die ein anderes Schutzniveau aufweisen können, als es von der DSGVO vorgesehen ist.
- Ich darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass ich im Falle einer Aufnahme auf der Grundlage der gescannten Dokumente die Verantwortung dafür trage, die entsprechenden Originale während der gesamten Vertragslaufzeit aufzubewahren, denn sie können während dieses Zeitraums jederzeit zur Kontrolle angefordert werden. Wenn ich die verlangten Originaldokumente nicht vorlegen kann, verfällt der Versicherungsschutz.
- Meine Versicherungsberechtigten des Vertrags über ihre Rechte in Bezug auf den Schutz ihrer personenbezogenen Daten in Kenntnis gesetzt habe.

ICH ERMÄCHTIGE MSH INTERNATIONAL , in meinem Namen Abrechnungen für Krankenhauskosten in Empfang zu nehmen, für die der Krankenversicherungsträger die Kosten direkt übernommen hat.

ICH BESTÄTIGE, dass ich die Fragen in diesem Versicherungsantrag richtig und wahrheitsgemäß beantwortet habe, nichts erklärt oder ausgelassen habe, das MSH INTERNATIONAL irreführen und die Anwendung der Artikel L. 113-8 und L. 113--9 des französischen Versicherungsgesetzbuches (Code des assurances) zur Folge haben könnte.

Ort (Ort/Land, außerhalb der USA):

Datum (TT/MM/JJJJ): / /

Unterschrift des Versicherungsnehmers oder des gesetzlichen Vertreters eines Minderjährigen

(geben Sie in diesem Fall bitte Ihre Beziehung zu dem Minderjährigen (Elternteil, Vormund usw.) sowie Ihren Vor- und Nachnamen an) mit dem vorangestellten Vermerk „Gelesen und genehmigt“:

12 VERVOLLSTÄNDIGUNG DES VERSICHERUNGSANTRAGS

Um Ihren Antrag zu vervollständigen, senden Sie uns bitte entweder per E-Mail oder per Post:

- das ausgefüllte und unterzeichnete **Antragsformular**,
- den ausgefüllten und unterzeichneten **MEDIZINISCHEN FRAGEBOGEN** auf den folgenden Seiten sowie die ergänzenden medizinischen Informationen, wenn Fragen mit Ja beantwortet wurden,
- eine **Kopie eines Ausweisdokuments** (Personalausweis oder Reisepass) des Versicherungsnehmers und der Versicherungsberechtigten,
- eine **Bescheinigung oder Angaben über die Bankverbindung**, auf die die Kostenerstattung für Ihre medizinische Versorgung erfolgen soll,
- eine **Bescheinigung ihrer vorherigen Krankenversicherung**, die weniger als einen Monat alt sein muss, sowie eine Leistungsübersicht, um die Möglichkeit einer Aufhebung der Wartezeiten bei bestimmten Leistungen untersuchen zu können,
- eine **Ausbildungs-/Studienbescheinigung** für Kinder zwischen 20 und 25 Jahren.

Sie können Ihre Beiträge wie folgt zahlen:

- ausgefülltes und unterzeichnetes **SEPA CORE-Lastschriftmandat** (nur für Konten in Frankreich),

oder

- ausgefüllte und unterzeichnete **Ermächtigung zur Belastung der Bankkarte** mit Ausweisdokument des Unterzeichners, falls es sich nicht um den Versicherungsnehmer handelt

oder

- ein auf die **ASFE ausgestellt**er Scheck

Nach der Zahlung Ihres Beitrags erhalten Sie eine Begrüßungs-E-Mail mit:

- einer **persönlichen Karte** mit sämtlichen notwendigen Angaben,
- Ihren **Zugangsdaten** für die Online-Services, unter www.msh-intl.com, Rubrik «LOGIN» (oben rechts).
- Ihren **Leitfaden für den Versicherten**, in dem alle allgemeinen Vertragsbedingungen und alle notwendigen Informationen zur Inanspruchnahme Ihres Vertrags enthalten sind.

ONLINE-ABSCHLUSS:
www.msh-intl.com Rubrik „Kurzfristige Auslandsversicherung“

ABSCHLUSS PER POST:
MSH International / ASFE - Service Adhésions
23 allées de l'Europe - 92587 Clichy Cedex - Frankreich

Wir weisen Sie darauf hin, dass unvollständige Anträge nicht bearbeitet werden können.



MSH INTERNATIONAL

für



ASFE, Association of Services For Expatriates, wurde 1992 gemäß dem Vereinsgesetz 1901 gegründet. Der Verband sieht seine Aufgabe darin, Expatriates in der ganzen Welt Lösungen in den Bereichen Krankenversicherung, Vorsorge, medizinische Versorgung/Krankenrücktransport und Haftpflicht zur Verfügung zu stellen.

MSH INTERNATIONAL entwickelt und verwaltet die Versicherungsverträge von ASFE und ist mit mehr als 400.000 Versicherten mit Wohnsitz im Ausland einer der Weltmarktführer der internationalen Sozialversicherung. MSH INTERNATIONAL verfügt über ein engagiertes Team, das Sie gern betreut und berät.



MSH INTERNATIONAL DIE KRANKENVERSICHERUNG. FÜR SIE. ÜBERALL. IMMER.

IHRE ANSPRECHPARTNER

Weitere Informationen über unser Unternehmen oder den Abschluss einer Versicherung erhalten Sie hier:

- Tel.: +33 (0)1 44 20 48 77
- E-Mail: contact@asfe-expat.com
- Website: www.msh-intl.com
- LinkedIn: MSH INTERNATIONAL

IHR VERSICHERER-BERATER

