

[MOBILITÄT]
PRIVATKUNDEN

Asia Expats

Aufnahmeantrag 2012

Issued by:



www.siam-consulting.asia

Siam Consulting Hua Hin Co., Ltd.
Mr. Franck Racine
250/129 Soi 94-Petchkasem Road
77110 Hua Hin- Prachuapkhirikhan

Phone: 085.962.2232
eMail: franckracinesiamconsulting@gmail.com



Versicherung ist heute anders.

Aufnahmeantrag Asia Expat

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Nr. des Versicherungsberaters:

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/Grafschaft:

Land:

Telefon: / / / / / *außerhalb Frankreichs*

Ihre Korrespondenz (Versicherungsbescheinigung, Allgemeine Geschäftsbedingungen, 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.

Ich wähle die Sprache, in der ich meine Post erhalten möchte: Deutsch Französisch Englisch Spanisch

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

Privatkunde Unternehmen Firmenname:

Anrede: Frau Herr

Name:

Vornamen:

Adresse:

Postleitzahl: Stadt:

Staat/Region/Land/Grafschaft:

Land:

Telefon: / / / / / *außerhalb Frankreichs*

E-Mail:

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

Ich wähle die Sprache, in der ich meine Post erhalten möchte: Deutsch Französisch Englisch Spanisch

Ihre persönlichen Angaben können Sie während der Dauer Ihres Vertrags in Ihrem Versichertenbereich ändern oder ergänzen, den Sie über die Webseite www.april-international.fr (Espace Particulier) erreichen.

AUSWAHL UND HÖHE DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

4.1 / Krankenversicherung

Beitritt: Einzelperson Familie *(Die Höhe des Familienbeitrags richtet sich nach dem Alter der ältesten Person.)*

Tarif: BASIC ADVANCED

Jahresbeitrag inkl. aller Steuern und Abgaben: USD **A**

Gewünschte Art der Erstattung für Heilbehandlungskosten:

- per Überweisung auf ein Konto in USD in den USA (bitte legen Sie dem Aufnahmeantrag eine internationale Bankverbindung mit IBAN-Nr., SWIFT-Code, Anschrift der Bank und Routing-Nr. - ABA bei)
- per Überweisung auf ein Konto in USD in einem anderen Land (bitte legen Sie dem Aufnahmeantrag eine internationale Bankverbindung mit IBAN-Nr., SWIFT-Code und Anschrift der Bank bei)
- per Überweisung auf ein Konto in Frankreich (Bedingungen bitte bei uns erfragen)

Bei Erstattungen in Höhe eines Gegenwerts von 400 USD werden die Kosten geteilt. Bei Erstattungen über einem Gegenwert von 400 USD gehen sämtliche Kosten zu Ihren Lasten.

4.2 / Assistance-Leistungen

Beitritt: Einzelperson Familie

Jahresbeitrag inkl. aller Steuern und Abgaben: USD **B**

UNTERZEICHNUNG DES AUFNAHMEANTRAGS

Ich beantrage meine Aufnahme in die Association des Assurés d'APRIL Mobilité sowie den Beitritt zu den Vereinbarungen, die von ihr bei der Axéria Prévoyance und ACE Europe abgeschlossen wurden, für die auf dem Aufnahmeantrag genannten Versicherten.

Ich erkläre, die Satzung und die Geschäftsordnung der „Association des Assurés d'APRIL Mobilité“ zur Kenntnis genommen zu haben.

Ich erkläre, die Allgemeinen Bedingungen mit der Bezeichnung As 2012, die den Status eines Informationsblatts haben, zur Kenntnis genommen zu haben, insbesondere mein Recht auf Rücktritt, diese Bestimmungen zu genehmigen und davon ein Exemplar in Verwahrung genommen zu haben, sowie die Bedingungen, die für die Verwaltungsgeschäfte von APRIL International Expat gelten. Bei Änderung meines Vertrags durch Nachtrag nehme ich zur Kenntnis, dass die o. g. Allgemeinen Bedingungen die geltenden Allgemeinen Bedingungen 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 der Versicherungen oder ihren Beauftragten zwecks meines Beitritts zum Vertrag elektronisch verarbeitet werden.

7

Lt. 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, deren Liste mir auf einfache Anforderung zugeschickt wird, 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 anerkenne, dass mich der Beitritt zu diesem Vertrag nicht von den Beiträgen zu den gesetzlichen Versicherungen befreit, deren Mitglied ich u. U. bin.

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 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“:

Gültigkeitsdauer der Gesundheitsprüfung: 6 Monate

Beispiel: Wenn Sie wünschen, dass Ihr Vertrag am 01.07.2012 beginnt, können Sie diesen Fragebogen vom 01.01.2012 bis 30.06.2012 unterschreiben.

Wenn Sie nur die Assistance-Leistungen abschließen möchten, muss die Gesundheitsprüfung nicht ausgefüllt werden.

8

Sie müssen mit der größten Genauigkeit alle Fragen persönlich beantworten, da Ihre Erklärungen für Sie bindend sind. Diese Gesundheitsprüfung ist notwendig, um das Risiko einschätzen zu können, das die Versicherung 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.

Wenn Sie möchten, dass Ihre Antworten vertraulich behandelt werden, fertigen Sie eine Fotokopie von der unausgefüllten Gesundheitsprüfung an, füllen Sie sie aus und schicken Sie sie mit allen notwendigen Nachweisen in einem versiegelten Umschlag mit dem Hinweis „Vertraulich“ an den Vertrauensarzt an die 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. französischem 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, indem Sie sich schriftlich an den Vertrauensarzt Médecin Conseil d'APRIL International Expat an o. g. Adresse wenden.

FRAGEN :	Hauptversicherter	Ehepartner	1. unterhaltspflichtiges Kind	2. unterhaltspflichtiges Kind	3. unterhaltspflichtiges Kind
1 Größe					
2 Gewicht					
3 Sind Sie wegen Krankheit oder Unfall ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				
4 Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren unterzogen:					
a) einem chirurgischen Eingriff?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				
b) einer Laser-, Chemotherapie-, Strahlenbehandlung?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				
5 Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Krankheiten oder Unfälle, die führten zu:					
a) einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 1 Monat?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				
b) einer medizinischen Behandlung von mehr als 1 Monat?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				
6 Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Arzt aufgesucht wegen:					
a) Nervenstörungen (chronische Erschöpfung, Angst, Depressionen)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				
b) der Wirbelsäule (Lumbalgie, Ischias, Bandscheibenvorfall)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				
c) Gelenk- und/oder rheumatischer Beschwerden (Hüfte, Knie, Schulter ...)?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				

GESUNDHEITSPRÜFUNG (FORTSETZUNG)

FRAGEN (FORTSETZUNG):	Hauptversicherter	Ehepartner	1. unterhaltspflichtiges Kind	2. unterhaltspflichtiges Kind	3. unterhaltspflichtiges Kind
7 Haben Sie eine Störung, Beschwerden oder eine Erkrankung, die regelmäßig medizinisch betreut und/oder behandelt werden muss oder nicht?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				
8 Haben Sie einen HBV-Bluttest zum Nachweis von Hepatitis B durchführen lassen?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				
Wenn Sie diese Frage mit JA beantwortet haben: War das Ergebnis positiv?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				
Datum des Tests:					
8a Haben Sie einen HCV-Bluttest zum Nachweis von Hepatitis C durchführen lassen?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				
Wenn Sie diese Frage mit JA beantwortet haben: War das Ergebnis positiv?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				
Datum des Tests:					
8b Haben Sie einen HIV-Bluttest zum Nachweis von AIDS durchführen lassen?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				
Wenn Sie diese Frage mit JA beantwortet haben: War das Ergebnis positiv?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				
Datum des Tests:					
9 Haben Sie ein Gebrechen oder eine Behinderung oder ein Gebrechen, wofür Sie eine Rente beziehen?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				
10 Sind für Sie in den nächsten 6 Monaten Untersuchungen vorgesehen (Labor, medizinische Bildgebung, Endoskopie ...) und/oder eine Spezialkonsultation und/oder eine medizinische oder chirurgische Behandlung?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				
11 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten :					
a) mehr als 3 Krankschreibungen, unabhängig von deren Dauer?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				
b) Spezialuntersuchungen (ohne systematische Vorsorge) wie z. B. Labor, medizinische Bildgebung, Endoskopie...?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				
12 Wurden oder werden Ihre Kosten wegen einer chronischen Krankheit zu 100 % übernommen [Aussetzung des Eigenanteils]?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN				

GESUNDHEITSPRÜFUNG (FORTSETZUNG)

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

Hinweise für die Antwort JA auf eine der Fragen:

Bitte übermitteln Sie uns zusätzliche Details über den Zeitraum, die eventuellen Folgen der Krankheit oder des Unfalls, um die Bearbeitung Ihres Antrags zu erleichtern.

Beispiel:

Wegen einer Blinddarmoperation haben Sie bei der 4. Frage JA angekreuzt. In den folgenden Kasten wäre dann einzutragen: 4, Blinddarmoperation, 2003, 3 Krankenhaustage. Ohne Folgen.

ERLÄUTERUNGEN

DIE VERTRAUENSÄRZTE DER VERSICHERER BEHALTEN SICH DAS RECHT VOR, ZUSÄTZLICHE MEDIZINISCHE UNTERSUCHUNGEN ZU VERLANGEN.

Das Verschweigen von Tatsachen oder bewusst falsche Erklärungen, aufgrund derer sich der Gegenstand des Risikos ändert bzw. dessen Beurteilung durch die Versicherungen, hat die Nichtigkeit der Versicherung zur Folge, wobei die Beiträge im Eigentum der Versicherung verbleiben (Art. L113-8 des französischen Versicherungsgesetzes).

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

Ausgefertigt in

am

/ /

Unterschrift des Hauptversicherers nach dem Vermerk „Gelesen und genehmigt“:

Unterschrift des versicherten Ehepartners nach dem Vermerk „Gelesen und genehmigt“:

Unterschriften der volljährigen Kinder nach dem Vermerk „Gelesen und genehmigt“:

Stempel des Versicherungsberaters + Code APRIL International Expat



www.siam-consulting.asia

Siam Consulting Hua Hin Co., Ltd.
Mr. Franck Racine
250/129 Soi 94 Petchkasem Road
77110 Hua Hin Prachuapkhirikhan

Phone: 085.962.2232

eMail: franckracinesiamconsulting@gmail.com

Bitte schicken Sie Ihren ausgefüllten Aufnahmeantrag an:

APRIL International Expat
Service Adhésions Individuelles
110, avenue de la République - CS 51108
75127 Paris Cedex 11 - FRANKREICH

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: **Asia Expat Ref. As 2012**

Datum der Unterzeichnung des Aufnahmeantrags: / /

Name des Mitglieds:

Vorname des Mitglieds:

Anschrift des Mitglieds:

Postleitzahl: Stadt:

Land:

Telefonnummer: / / / / / außerhalb Frankreichs

Name des Versicherungsberaters:

Anschrift des Versicherungsberaters:

Postleitzahl: Stadt:

Land:

Telefonnummer: / / / / / außerhalb Frankreichs

Datum und Unterschrift des Mitglieds: **Nur von APRIL International Expat auszufüllen**

/ / **Kundennummer** C

Die verschiedenen Schritte, die Sie für Ihren Beitritt absolvieren:



Sie füllen Ihren Aufnahmeantrag aus und schicken diesen an APRIL International Expat. Unterstützung dafür finden Sie auf der nächsten Seite, oder Sie kontaktieren uns.



Wir bearbeiten Ihren Antrag innerhalb von 24 Stunden.



Sie erhalten danach:

- Ihre Aufnahmebestätigung, die als Versicherungsbescheinigung gilt,
- Ihre Allgemeinen Bedingungen, die den Vertrag zu Grunde liegen,
- Ihre Versichertenkarte mit den Notfallnummern, die Sie vor allem bei Unterstützungsbedarf oder vor einer Krankenhauseinweisung anrufen.

ICH WERDE MITGLIED

- A. Tragen Sie Ihr persönlichen Daten ein (Name, Vorname, Anschrift ...) 1, 2 und 3.
- B. Wählen Sie die Höhe Ihres Versicherungsschutzes 4.
- C. Geben Sie das Datum an, ab dem Ihr Vertrag beginnen soll 5.
- D. Berechnen Sie Ihren Beitrag und geben Sie die gewählte Zahlungsweise an 6.
- E. Datieren und unterschreiben Sie Ihren Aufnahmeantrag im Abschnitt 7.
- F. Füllen Sie die Gesundheitsprüfung aus, datieren und unterschreiben Sie sie 8.
- G. Legen Sie Ihrem Aufnahmeantrag einen Scheck oder die Überweisung in Höhe Ihres ersten Beitrags bei.

Ich schicke alles an **APRIL International Expat - Service Adhésions Individuelles**
110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANKREICH

UND WAS PASSIERT DANN?

Ihr Aufnahmeantrag wird innerhalb von 24 Std. 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@aprilmobile.com - www.april-international.fr

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)

Kontrollbehörde - 61, Rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANKREICH.



Versicherung ist heute anders.