

# Anmeldung (Registration Form)

Rahmenvertragsnummer/MFV  
(Covering Contract No./MFV)

TGN

Vers.-Nr. (Policy No.):

Straße (Street)

---



---

PLZ/ Ort (Postal code/ place)

---

Reiseland (Destination country)

---

Mit meiner Unterschrift gebe ich die Ermächtigungserklärungen (Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz) ab:

By my signature I provide the declarations of power of attorney for the release from duty of secrecy and the clause of consent as per Federal Data Protection Law.

zu versichernde Personen  
(persons to be insured)

Name, Vorname  
(Family Name, First Name)

---



---



---



---



---



---

Geburtsdatum (Birth Date)			Ge- schlecht (Gender)	Versicherungs- beginn (Commencement of Insurance)			Monatliche Beitragsrate * (Monthly Premium)		Unterschrift (Insured Signature)
Tag (Day)	Monat (Month)	Jahr (Year)		Tag (Day)	Monat (Month)	Jahr (Year)	EURO	Cent	
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

**Mir ist bekannt, dass** 1. für Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren; 2. für die bei Versicherungsbeginn bestehenden und/oder bekannten Krankheiten und Beschwerden und deren Folgen sowie die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt worden sind, **kein Versicherungsschutz besteht.**

(I am aware that there is no insurance cover 1. for treatments abroad which were the only reason or one of the reasons for the journey; 2. for the illnesses and complaints existing and/or known at the commencement of insurance and their consequences as well as for the consequences of those illnesses and accidents which were treated in the last six months before the commencement of insurance.)

Einzugsermächtigung:

Die INTER Krankenversicherung aG, 68165 Mannheim, Erzbergerstraße 9-15 wird widerruflich ermächtigt, die fälligen Beiträge

ab dem \_\_\_\_\_ von meinem Konto mit der Nr. \_\_\_\_\_ bei der \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_ monatlich per Lastschrift einzuziehen.  
(account number) (bank code number)

Wenn das Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens meines Geldinstitutes keine Einlösungspflicht.

Bitte Kopie des Passes/Ausweises beifügen (Please add a copy of your passport)

Ort: \_\_\_\_\_  
(Place)

Datum: \_\_\_\_\_  
(Date)

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_  
(Company Stamp and Signature)

## **Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz:**

Mir ist bekannt, daß der Versicherer - soweit hierzu ein Anlaß besteht - Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht - und zwar auch über meinen Tod hinaus - und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung.

Mit ist ferner bekannt, daß der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlaßten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht; dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruches die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können. Ich willige ferner ein, daß der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages, sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, daß die Unternehmen der INTER Versicherungen meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Ohne Einfluß auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, daß die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen - auf Wunsch auch sofort - überlassen wird.

## **Exemption from the professional discretion obligation and consent in accordance with the Federal Privacy Act**

I am aware that the insurer may, if applicable, verify the information given with regard to my health and may also consult other health insurers to verify the information on past, present or proposed insurance cover in order to assess the risks associated with my proposed insurance contract. All those doctors, dentists, members of other medical professions and employees in hospitals and public health authorities who have examined, advised or treated me in the last ten years prior to making this proposal are herewith exempted from their professional discretion obligation, even after my death and authorised to disclose the relevant information to the insurer. The same shall also apply for employees in other health, life or accident insurance companies with which I had or have a contractual relationship. This authority shall lapse five years after the date of this proposal.

Furthermore, I am also aware that, in order to assess his obligation to pay benefits, the insurer may verify the information provided in support of my claim or arising from the documents submitted (such as invoices, prescriptions), as well as the notices which I have ordered from hospitals or other members of a medical profession. For this purpose, I herewith exempt the members of medical professions and hospital employees who are mentioned in the documents presented or were involved in my treatment from their professional discretion obligation. Each individual claim for benefits shall constitute exemption from the professional discretion obligation in the particular instance concerned. The exemption from professional discretion shall also apply in conjunction with the verification of claims associated with my death. Exemption from professional discretion for the purpose of verifying claims shall furthermore also apply for employees of other health and accident insurance companies who may be consulted as to the insurance cover effected with them.

This declaration shall also apply to those of my children who are included in the insurance cover, as well as for any other persons whom I represent and who are included in the insurance cover but who cannot judge the significance of this declaration themselves.

I herewith agree that the insurer may pass on data from the proposal or contractual relationship (premiums, insured events, changes in risk/contract) to reinsurers where necessary for assessment of the risk and for handling the reinsurance and/or to other insurers in order to assess the risks and claims and/or to the association of private health insurers to be forwarded to other insurers. This consent shall also apply if a contract has not been concluded, as well as for corresponding verification of contracts proposed elsewhere and for future proposals.

I herewith furthermore agree that the INTER Insurance Companies keep my general data related to application, contract and benefits in combined records and pass on such informations to agents taking care of me, in as far as this serves the proper handling of my insurance matters.

Without influence on the contract and at any time I further agree irrevocably that the agents, beyond it, may use my general data related to application, contract and benefits for the advice on and care for other finance services.

This agreement is valid only, if I could have taken note of the contents of the instructional pamphlet when filling the application, which is handed over to me together with the legally provided further consumer informations, if requested at once.