WICHTIGE HINWEISE ZUR ANTRAGSTELLUNG

Damit wir Ihren Antrag zügig bearbeiten können, bitten wir Sie folgende Punkte bei der Antragstellung zu beachten:

Ausfüllen der Antragsunterlagen

- ☐ Sie haben **die Erläuterung über die rechtlichen Besonderheiten einer Gruppenversicherung** zur Kenntnis genommen.
- ☐ Sie haben alle **Angaben im Antrag** vollständig und in **Druckbuchstaben** ausgefüllt und es liegen die **Unterschriften des Antragstellers** sowie aller **volljährigen zu versichernden Personen** vor.
- ☐ Sie - und ggf. alle zu versichernden Personen ab 16 Jahre - haben die **Einwilligungserklärung gemäß DSGVO** unterschrieben.
- ☐ Sie - und ggf. alle volljährig zu versichernden Personen - haben die **Schweigepflichtentbindung** zur Kenntnis genommen und diese unterschrieben.
- ☐ Sie - und ggf. alle volljährig zu versichernden Personen - haben die **Belehrung zu den Folgen unrichtiger oder unvollständiger Gesundheitsangaben nach dem Versicherungsvertragsgesetz** gelesen und akzeptiert sowie die **Angaben zum Gesundheitszustand** gewissenhaft ausgefüllt und unterschrieben.
- ☐ Sie haben sich für eine **Zahlungsart** entschieden und **alle notwendigen Angaben** gemacht. Alle erforderlichen Unterschriften liegen vor, insbesondere bei einem abweichenden Kontoinhaber.

Für die Versicherungsprodukte EXPAT GERMANY, EXPAT SMART, EXPAT INFINITY und ANWARTSCHAT beachten Sie bitte folgende Hinweise:

- ✔ EXPAT GERMANY: Ab einem Alter von 50 Jahren müssen mit dem Antrag auch **Angaben zum Gesundheitszustand** eingereicht werden.
- ✔ EXPAT SMART: Ab einem Alter von 55 Jahren müssen mit dem Antrag auch **Angaben zum Gesundheitszustand** eingereicht werden.
- ✔ EXPAT INFINITY: Mit dem Antrag müssen auch **Angaben zum Gesundheitszustand** eingereicht werden.
- ✔ ANWARTSCHAFT: Mit dem Antrag müssen auch **Angaben zum Gesundheitszustand** eingereicht werden.

Noch ein abschließender Hinweis: Sollten wir zu Ihren Angaben weitere Fragen haben, bitten wir Sie darum, diese im Rahmen der von uns gesetzten Fristen zu beantworten, damit wir Sie zum Wunschtermin versichern können.

Vielen Dank für Ihre Kooperation!

Stand: 01.10.2026

BDAE Expat GmbH
Kühnehöfe 3 • 22761 Hamburg • Deutschland
Tel.: +49-40-30 68 74-0
Fax: +49-40-30 68 74-90
E-Mail: info@bdae.com
Web: www.bdae.com
Sitz der Gesellschaft: Hamburg • HRB 122052
Amtsgericht Hamburg • Geschäftsführer: Philipp Belau

ANTRAG AUF KRANKENVERSICHERUNG

Krankenversicherung für langfristige Auslandsaufenthalte

Vermittler-ID	M116577

nur auszufüllen, falls vorhanden

Antragsteller(in)/Versicherungsberechtigte(r)

Nachname		Geschlecht	☐ m ☐ w
Vorname(n)			
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Nationalität	
Vollständige Anschrift		Tel.	
		Fax	
		E-Mail	
Derzeitiger Beruf			

Versicherte Person

Wenn Sie als Antragsteller auch versicherte Person sind, dann machen Sie bitte zusätzlich folgende Angaben:

Tarifauswahl EXPAT INFINITY	☐ Basic ☐ Classic ☐ Premium	Selbstbehalt	☐ 0 € ☐ 250 € ☐ 500 € ☐ 1.000 €
Geplantes Aufenthaltsland		Länderzone	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Monatsbeitrag in Euro		Gewünschter Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	

Besteht aktuell eine weitere Krankenversicherung?	☐ ja ☐ nein	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
			Versicherungsnummer	
			Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)	

Angaben zu den versicherten Personen:

Bitte achten Sie darauf, dass die persönlichen Angaben wie Name, Vorname und Geburtsdatum mit den Angaben aus dem Personalausweis oder Reisepass übereinstimmen.

So ermitteln Sie die Länderzone und den Monatsbeitrag:

1. Ermitteln Sie die Länderzone Ihres geplanten Aufenthaltslandes anhand der Tabelle zu den Länderzonen auf Seite A.2 / 9-10
2. Ermitteln Sie den Monatsbeitrag anhand der Beitragstabellen auf den Seiten A.2 / 11-13
3. Bitte beachten Sie, dass je nach Ergebnis der Gesundheitsprüfung bei Antragsstellung ggf. Risikozuschläge erhoben werden können. Somit kann der anhand der Beitragstabelle ermittelte Beitrag vom tatsächlichen Beitrag abweichen. In diesem Fall erhalten Sie selbstverständlich ein Info von uns.

Ort, Datum

Unterschriften
(Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)

Stand: 01.10.2022 • Versicherer: Allianz Partners AWP Health & Life • Versicherungsnehmerin: BDAE Expat GmbH

Mitzuversichernde Angehörige

Angehörige/r 1

Vermittler-ID: M116577

Nachname		Geschlecht	☐ m ☐ w
Vorname(n)			
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Nationalität	

Tarifauswahl EXPAT INFINITY	☐ Basic ☐ Classic ☐ Premium	Selbstbehalt	☐ 0 € ☐ 250 € ☐ 500 € ☐ 1.000 €
Geplantes Aufenthaltsland		Länderzone	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Monatsbeitrag in Euro		Gewünschter Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	

Besteht aktuell eine weitere Krankenversicherung?	☐ ja ☐ nein	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
			Versicherungsnummer	
			Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)	

Angehörige/r 2

Nachname		Geschlecht	☐ m ☐ w
Vorname(n)			
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Nationalität	

Tarifauswahl EXPAT INFINITY	☐ Basic ☐ Classic ☐ Premium	Selbstbehalt	☐ 0 € ☐ 250 € ☐ 500 € ☐ 1.000 €
Geplantes Aufenthaltsland		Länderzone	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
Monatsbeitrag in Euro		Gewünschter Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)	

Besteht aktuell eine weitere Krankenversicherung?	☐ ja ☐ nein	Falls ja, machen Sie bitte folgende Angaben:	Name der Versicherung	
			Versicherungsnummer	
			Versicherungszeitraum (TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ)	

Ort, Datum

Unterschriften
(Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)

Stand: 01.10.2022 • Versicherer: Allianz Partners AWP Health & Life • Versicherungsnehmerin: BDAE Expat GmbH

Angaben zum Zahlungsverkehr

☐ **Lastschrifteinzug**

Bitte füllen Sie das beigefügte SEPA-Lastschriftmandat aus und senden Sie dieses gemeinsam mit dem Antrag an uns zurück.

☐ **Überweisung** (im Voraus)

Zahlweise	☐ jährlich ☐ halbjährlich (+ 2 %)

☐ **Kreditkarte** (+ 6 %)

Nachname, Vorname(n) Kreditkarteninhaber			
Kreditkarte	☐ Master-/Eurocard ☐ Visa ☐ Diners	gültig bis	
Kartennummer		Zahlweise	☐ jährlich ☐ halbjährlich (+ 2 %)

Aus Sicherheitsgründen benötigen wir noch Ihre Kreditkartenprüfnummer. Bitte übermitteln Sie diese telefonisch unter +49-40-30 68 74-0 oder schicken Sie uns diese in einer separaten E-Mail an info@bdae.com (Die Kreditkartennummer sollte dabei nicht mit aufgeführt werden!). Aus datenschutzrechtlichen Gründen machen wir Sie darauf aufmerksam, dass die Versendung per E-Mail unverschlüsselt erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift des Kreditkarteninhabers

Ort, Datum

Unterschriften
(Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)

Stand: 01.10.2022 • Versicherer: Allianz Partners AWP Health & Life • Versicherungsnehmerin: BDAE Expat GmbH

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Hiermit ermächtige ich die BDAE Holding GmbH, welche von der BDAE Expat GmbH zur Vertragsverwaltung sowie zum Inkasso bevollmächtigt ist, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BDAE Holding GmbH für den Versicherer gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Einzug ist erkennbar an der Gläubiger-Identifikationsnummer DE23ZZZ00000131378 sowie an der persönlichen Mandatsreferenznummer, welche auf der Versicherungsbestätigung mitgeteilt wird. Der Einzug erfolgt, je nach gewählter Zahlweise, zum 1. eines Monats.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht angenommen.

Zudem gelten folgende Regelungen:

- Der Gesamtbeitrag ist entsprechend der unten gewählten Zahlweise jeweils im Voraus zu entrichten. Beitragsschuldner ist der Versicherungsberechtigte gegenüber der Versicherungsnehmerin und die Versicherungsnehmerin gegenüber dem Versicherer.
- Der Beitrag ist nach Zugang der Versicherungsbestätigung, spätestens zum beantragten Versicherungsbeginn, fällig. Mir ist bekannt, dass die Versicherungsnehmerin im Falle einer vom Versicherungsberechtigten zu vertretenden fehlenden oder unvollständigen Zahlung des jeweils fälligen Beitrages und Nebenkosten die oben aufgeführten Personen nicht beim Versicherer als versicherte Person anmeldet, bzw. wieder abmeldet. Mir ist bekannt, dass in diesem Fall kein Versicherungsschutz besteht.
- In dem Falle, dass der Beitragszahler nicht identisch mit dem Versicherungsberechtigten / der versicherten Person ist, obliegt es dem Versicherungsberechtigten / der versicherten Person, den Beitragszahler über die mitgeteilten Informationen in Kenntnis zu setzen.
- Die Vorabinformation über den Einzug der fälligen Beiträge erfolgt durch die an den Versicherungsberechtigten gerichtete Versicherungsbestätigung. Hierbei werden die Beiträge, Zeitpunkt der Fälligkeit, Gläubiger-Identifikationsnummer und Mandatsreferenznummer mitgeteilt.

Gültig für Beiträge ab (TT.MM.JJJJ)				
Angaben zum Beitragszahler	Nachname		Geschlecht	☐ m ☐ w
	Vorname(n)			
	Vollständige Anschrift			
	Tel.			
	IBAN			
	BIC/SWIFT		Bank	
	Zahlweise	☐ jährlich	☐ halbjährlich (+ 2 %)	☐ vierteljährlich (+ 3 %) ☐ monatlich (+ 5 %)

Angaben zur versicherten Person	Nachname (falls abweichend vom Beitragszahler)		Geschlecht	☐ m ☐ w
	Vorname(n) (falls abweichend vom Beitragszahler)			
	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Versicherungsnummer(n) (sofern vorhanden)	

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Stand: 11.09.2019

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

1. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

BDAE Expat GmbH
Kühnehöfe 3
22761 Hamburg
Fax: +49-40-30 68 74-90
E-Mail: info@bdae.com.

Sie können Ihr Widerrufsrecht auch online unter https://www.bdae.com/service/vertrag-widerrufen ausüben.

Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermitteln wir Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z. B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

2. Widerrufsfolgen

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist und haben Sie hierzu ausdrücklich zugestimmt, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und es werden Ihnen nur der auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallende Teil der Prämien zurückzugewährt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich zeitanteilig vom Beginn des Vertrages bis zum Zugang des Widerrufs errechnet. Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalls aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.

Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für uns mit dem Zugang und für Sie mit der Abgabe der Widerrufserklärung.

3. Besondere Hinweise

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens zwölf Monate und 14 Tage nach dem Vertragsschluss.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die Identität einer Vertreterin oder eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, wenn es eine solche Vertreterin oder einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Versicherer, wenn Sie mit dieser geschäftlich zu tun haben, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber Ihnen tätig wird;
3.
   a) die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen

Stand: 01.10.2026

Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

b) jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter des Versicherers oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12.
    a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
    b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Stand: 01.10.2026

DATENSCHUTZINFORMATION

über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte

Verantwortlicher der Datenverarbeitung

BDAE Expat GmbH
Kühnehöfe 3
22761 Hamburg
E-Mail: info@bdae.com
Tel.: +49-40-30 68 74-0

Datenschutzbeauftragter

Dateschutzbeauftragter der BDAE Gruppe
Kühnehöfe 3
22761 Hamburg
E-Mail: datenschutz@bdae.com
Tel.: +49-40-30 68 74-18

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Stellen Sie einen Antrag zum Abschluss einer Auslandskrankenversicherung im Rahmen unseres EXPAT INFINITY Produktes entweder per Online-Antrag, per E-Mail, über das BDAE-Webupload-Portal oder postalisch an uns, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Versicherungsvertrages. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir Ihre Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur allgemeinen Kunden- und Vertragsverwaltung, um mit Ihnen in Kontakt zu treten oder zur Rechnungsstellung. Im Leistungsfall benötigen wir die Daten zur Beurteilung und Abwicklung.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO. Sofern für die Verarbeitung zu dem Versicherungsprodukt medizinische Daten von Ihnen abgefragt werden, gilt Ihre hierfür im Rahmen des Antrags eingeholte Einwilligungserklärung gem. Art. 9 Abs. 2 lit. a i. V. m. Art. 7 DSGVO als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dieser medizinischen Daten.

Empfänger und Empfängerkategorien personenbezogener Daten

Ihre Daten werden grundsätzlich nur an Dritte gegeben, soweit dies im Zusammenhang mit der Vertragsabwicklung bzw. Leistungserbringung Ihres EXPAT INFINITY Produktes erforderlich ist oder Ihre Einwilligung hierzu vorliegt. Darüber hinaus können Ihre Daten an Dritte übermittelt werden, soweit wir aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder vollstreckbarer behördlicher oder gerichtlicher Anordnungen hierzu verpflichtet sind. Im Rahmen der Antrags- und Vertragsbearbeitung werden Ihre personenbezogenen Daten an die BDAE Holding GmbH, unsere Schwestergesellschaft, die BDAE Consult GmbH sowie unsere Muttergesellschaft, die MSH INTERNATIONAL im Rahmen der Bedienung des Service-Portals weitergeleitet bzw. durch die beiden BDAE Gesellschaften erhoben, die in unserem Auftrag die Bearbeitung Ihrer Anträge und die Abwicklung Ihrer Vertragsleistungen übernehmen. Mit allen vorgenannten Unternehmen besteht zur Sicherstellung Ihrer Rechte ein Auftragsverarbeitungsvertrag.

Darüber hinaus werden im Rahmen der Vertrags- bzw. Leistungsfallbearbeitung personenbezogene Daten zum Teil pseudonymisiert an die folgenden Empfänger weitergegeben:

- Allianz Partners AWP Health & Life als Auslandskrankenversicherer
- ARAG SE als Ihr Patienten-Rechtsschutzversicherer
- Allianz Partners Deutschland GmbH im Falle von medizinischen Assistance-Leistungen
- GGW GmbH im Falle der Inanspruchnahme der Flugrückholkostenversicherung

Die Weitergabe Ihrer Daten an die oben genannten Empfänger ist für die Vertragsdurchführung zwingend erforderlich.

Die Daten werden über Server der BDAE Holding GmbH verarbeitet, die bei einem in Deutschland ansässigen Internetdiensteanbieter angemietet sind. Mit diesem besteht zur Sicherstellung Ihrer Rechte ebenfalls ein Auftragsverarbeitungsvertrag.

Datenübermittlung in ein Drittland

Eine Übermittlung Ihrer Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation außerhalb der EU/EWR findet grundsätzlich nicht statt.

Speicherdauer

Wir speichern Ihre Daten solange sie für die vorgenannten Zwecke erforderlich sind. Anschließend werden die Daten unter Einhaltung der jeweiligen gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht, sofern keine berechtigten Interessen, wie z. B. zur Geltendmachung von Ansprüchen, dem entgegenstehen.

Ihre Rechte als betroffene Person

In Bezug auf die Sie betreffenden personenbezogenen Daten können Sie dem oben benannten Verantwortlichen gegenüber die folgenden Rechte geltend machen:

- das Recht auf Auskunft gemäß Art. 15 DSGVO
- das Recht auf Berichtigung und/oder Vervollständigung der Daten gemäß Art. 16 DSGVO
- das Recht auf Löschung der personenbezogenen Daten gemäß Art. 17 DSGVO
- das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung gemäß Art. 18 DSGVO
- das Recht auf Datenübertragbarkeit gemäß Art. 20 DSGVO

Des Weiteren haben Sie ein Beschwerderecht gegenüber einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten.

Wenn Sie eine Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten erteilt haben, haben Sie das jederzeitige Recht die Einwilligung zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Zur Geltendmachung Ihrer Rechte wenden Sie sich an unseren oben benannten Datenschutzbeauftragten.

Stand: 01.10.2025

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

gemäß Artikel 7 und 9 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Ich/wir willige(n) ein, dass BDAE Expat GmbH sowie die von der BDAE Expat GmbH beauftragten Konzernunternehmen der BDAE Gruppe (BDAE) meine/unsere Gesundheitsdaten aufnehmen, nutzen, speichern und verarbeiten. Die Notwendigkeit hierzu ergibt sich aus meinem/unserem Wunsch nach Abschluss einer Auslandskrankenversicherung EXPAT INFINITY für meinen/unseren Auslandsaufenthalt, den ich/wir am heutigen Tag gestellt habe(n).

BDAE ist Versicherungsnehmerin einer Gruppenversicherung, der ich/wir gerne beitreten möchte(n). BDAE muss daher meine/unsere Gesundheitsdaten kennen, um meinen/unseren Antrag auf Aufnahme in die Gruppe beurteilen und über ihn entscheiden zu können. Ggf. werden aufgrund meiner/unserer Gesundheitsdaten Risikozuschläge oder Ausschlüsse festgesetzt.

Im Leistungsfall kann es notwendig werden, dass BDAE zusätzliche Gesundheitsdaten aufnimmt, nutzt, speichert und verarbeitet. Auch hierzu erteile(n) ich/wir meine/unsere Einwilligung.

Die Datenschutzinformation sowie die Datenschutzerklärung der BDAE habe ich zur Kenntnis genommen.

Falls ich/wir Dritte (z. B. Steuerberater, Versicherungsvermittler, Personalabteilungen) in die Kommunikation mit BDAE einbeziehe(n) wollen werde(n) ich/wir diesen Personen entsprechende Freigaben nach Artikel 7 & 9 DSGVO erteilen und ggf. notwendige Schweigepflichtentbindungen vornehmen (lassen).

Ort, Datum

Unterschriften (Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen und gem. Art. 8 DSGVO alle zu versichernden Personen ab 16 Jahre)

Stand: 01.10.2022

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Neben der Einwilligung zur Erhebung, Nutzung, Speicherung und Verarbeitung meiner/unserer Gesundheitsdaten ist meine/unsere Schweigepflichtentbindung nötig, damit diejenigen Stellen, die zu Gesundheitsdaten befragt werden, diese Fragen beantworten dürfen. Das gilt sowohl im Antragsverfahren als auch im Falle der Beantragung einer Leistung und der Prüfung eines Versicherungsfalles. Die Vertraulichkeit dieser Daten ist über die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO – Artikel 7 & 9) und das Strafrecht (§ 203 StGB) geschützt.

Die Überprüfung der Daten erfolgt nur, soweit dies nötig ist, um den Antrag bzw. den Versicherungsfall zu bearbeiten.

Ich/wir habe(n) bereits eingewilligt, dass BDAE Expat GmbH sowie die von der BDAE Expat GmbH beauftragten Konzernunternehmen der BDAE Gruppe (BDAE) meine/unsere Gesundheitsdaten aufnehmen, nutzen, speichern und verarbeiten. Ich/wir willige(n) nunmehr ein, dass BDAE zu Zwecken der Prüfung der Aufnahme in den Versicherungsvertrag, der Risikobeurteilung und/oder der Leistungsfallprüfung bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden Nachfragen stellen darf.

Ich/wir befreie(n) die genannten Personen und Mitarbeiter der oben genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht in Bezug auf meine/unsere zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung bei BDAE.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für BDAE konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten diese Entbindungen von der Schweigepflicht bis zu zehn Jahren nach Vertragsschluss.

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter bzw. sonstige Dritte einzuschalten. Ich/wir willigen ein, dass BDAE meine/unsere Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter bzw. sonstige Dritte übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an BDAE zurück übermittelt werden. Ich/wir entbinde(n) die für BDAE tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Im Ausnahmefall kann es nötig sein, dass BDAE den Versicherer, Allianz Partners AWP Health & Life, informiert. Für einen solchen Fall gelten alle hier gemachten Schweigepflichtentbindungen auch für Aussagen und Informationen der Allianz Partners AWP Health & Life gegenüber.

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach meinem/unserem Tod für BDAE erforderlich sein, meine/unsere gesundheitlichen Angaben zu prüfen. Auch für einen solchen Fall befreie(n) ich/wir die oben genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von deren Schweigepflicht.

Die Datenschutzinformation sowie die Datenschutzerklärung des BDAE habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschriften (Antragsteller(in), ggf. als gesetzlicher Vertreter(in) mitzuversichernder Personen und alle volljährigen zu versichernden Personen)

Stand: 01.10.2022

Belehrung

zu den Folgen unrichtiger oder unvollständiger Gesundheitsangaben nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen BDAE in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für die Entscheidung des BDAE, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die BDAE

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber vor Vertragsannahme

in Textform stellt.

Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. BDAE kann in einem solchen Fall

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen oder
- den Vertrag ändern.

Rücktritt

Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, kann BDAE vom Vertrag zurücktreten.

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

Auch wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, hat BDAE trotzdem kein Rücktrittsrecht, wenn BDAE den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wenn BDAE nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktritt, bleibt die Leistungspflicht des BDAE unter folgender Voraussetzung bestehen:

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,
- noch für die Feststellung oder den Umfang der BDAE Leistungspflicht ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt die Leistungspflicht des BDAE.

Kündigung

Wenn das Rücktrittsrecht des BDAE ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, kann BDAE den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, wobei diese Frist mit dem Zeitpunkt zu laufen beginnt, zu dem BDAE von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt.

Das Kündigungsrecht des BDAE ist ausgeschlossen, wenn BDAE den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätte

Vertragsänderung

Kann BDAE nicht zurücktreten oder kündigen, weil BDAE den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab dem laufenden Versicherungsjahr Vertragsbestandteil.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie die Mitteilung des BDAE über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- BDAE im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöht oder
- BDAE die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließt.

Auf dieses Recht wird BDAE Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

Stand: 01.02.2026

ANGABEN ZUM GESUNDHEITSZUSTAND

Zu versichernde Person:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft. Geben Sie auch Beschwerden etc. an, die Sie als unwesentlich empfinden. Geben Sie auf jeden Fall Beschwerden etc. an, wenn zwar keine Behandlung, wohl aber Untersuchungen stattgefunden oder Sie Arzneimittel eingenommen haben. Nutzen Sie bitte auch die nachfolgende „Anlage zu den Angaben zum Gesundheitszustand", die Teil dieses Fragebogens ist. Bitte füllen Sie diese jedenfalls immer dann aus, wenn Sie eine Frage mit „Ja" beantwortet haben.
Zu allen Fragen die mit „Ja" beantwortet wurden reichen Sie uns bitte ärztliche Berichte oder anderweitige Dokumente ein, falls vorhanden.

1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Beschwerden, Diagnosen, Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden bezogen auf:

		Antwort
1.a	die Atmungsorgane (z. B. Allergie, Asthma, Heuschnupfen, Nasennebenhöhlenerkrankung, Kehlkopf-, Rippenfellerkrankung, Schlafapnoe)?	☐ Ja ☐ Nein
1.b	das Herz oder die Kreislauforgane/Gefäße (z. B. Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung, Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombose, Arteriosklerose, Lymphödem)?	☐ Ja ☐ Nein
1.c	die Geschlechtsorgane (auch Brustdrüsen, Prostata), die Nieren oder die Harnwege (z. B. Blut oder Eiweiß im Urin)?	☐ Ja ☐ Nein
1.d	die Verdauungsorgane (auch Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Leber; z. B. Sodbrennen, Magenschmerzen [häufiger als 2 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Vorkommen von Blut im Stuhl)?	☐ Ja ☐ Nein
1.e	Stoffwechselfunktionen (z. B. Übergewicht, Diabetes-Erkrankungen, Cholesterin-, Triglycerid-, Harnsäureerhöhung)?	☐ Ja ☐ Nein
1.f	die Augen?	☐ Ja ☐ Nein
	Falls ja, ergänzen Sie bitte folgende Angaben: ☐ Kurzsichtigkeit ☐ Weitsichtigkeit — Dioptrien links	dpt
	Dioptrien rechts	dpt
1.g	andere Augenerkrankungen (z. B. Laserbehandlung, Katarakt [Grauer Star], Glaukom [Grüner Star], Doppelbilder, Gesichtsfeldeinschränkung)?	☐ Ja ☐ Nein
1.h	die Ohren (z. B. Schwindelzustände, Ohrgeräusche [Tinnitus], Hörsturz)?	☐ Ja ☐ Nein
1.i	die Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder (z. B. Meniskusschaden, Gicht, Rheuma, Gelenkschmerzen [mehr als 2-mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Fibromyalgie [umgangssprachlich: Weichteilrheuma])?	☐ Ja ☐ Nein
1.j	den Rücken oder Nacken (z. B. Bandscheiben-, Wirbelsäulenschaden, Rückenschmerzen [mehr als 2 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Schleudertrauma, Ischias, Cervicobrachialgie [Hals-Arm-Schmerz])?	☐ Ja ☐ Nein
1.k	die Haut (z. B. Allergie, Ekzeme, Neurodermitis, Flechten)?	☐ Ja ☐ Nein
1.l	das Blut (z. B. Gerinnungsstörungen), die Drüsen (z. B. Schilddrüse; z. B. Hormonstörung) oder die Milz?	☐ Ja ☐ Nein
1.m	das Gehirn (z. B. Migräne, Kopfschmerzen [mehr als 12 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Demenz) oder die Nerven (z. B. Epilepsie, Lähmung, Multiple Sklerose)?	☐ Ja ☐ Nein
1.n	die Psyche (z. B. Schlafstörung [mehr als 5 Mal im Monat], Angst-, Essstörung, Erschöpfungszustände, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)?	☐ Ja ☐ Nein
1.o	Tumore (auch gutartige) oder Krebserkrankungen (auch Lymphome, Leukämie)?	☐ Ja ☐ Nein
1.p	Infektionskrankheiten (z. B. HIV-Infektion, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, Malaria, Tuberkulose)? Bitte auch mit „Ja" beantworten, sofern noch Untersuchungsergebnisse ausstehend sind.	☐ Ja ☐ Nein

Stand: 01.10.2026

Ort, Datum

Unterschrift (der zu versichernden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)

2. Ergänzende Fragen zum Gesundheitszustand

			Antwort
2.a	Nehmen oder nahmen Sie **in den letzten 5 Jahren** Medikamente ein. Wenn ja, welche und wie häufig?		☐ Ja ☐ Nein
2.b	Wird oder wurde regelmäßig Alkohol, Tabak und/oder Drogen konsumiert? Wenn ja, welche und wie häufig?		☐ Ja ☐ Nein
2.c	Sind Sie **in den letzten 5 Jahren** durch Behandler (z. B. Ärzte, Fachärzte, Heilpraktiker, Psychologen oder Krankengymnasten) untersucht, beraten oder behandelt worden (auch Operationen, Strahlen-, Chemotherapie)?		☐ Ja ☐ Nein
2.d	Wurden **in den letzten 5 Jahren** Vorsorgeuntersuchungen und/oder Check-ups durchgeführt? Wenn ja, welche und wann?		☐ Ja ☐ Nein
2.e	Ich befinde mich aktuell in einer Behandlung oder es gibt ein empfohlene oder geplante Behandlung.		☐ Ja ☐ Nein
2.f	Fand **in den letzten 10 Jahren** eine stationäre Behandlung statt (z. B. Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Schwangerschaft und Entbindung, Strahlen- oder Chemotherapie)?		☐ Ja ☐ Nein
2.g	Bestehen Behinderungen (auch angeborene) oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen (falls erteilt, bitte auch Grad der Behinderung [GdB] oder Erwerbsminderung/Berufsunfähigkeit angeben)?		☐ Ja ☐ Nein
2.h	Haben Sie künstliche Körperteile oder Implantate aus medizinischen oder ästhetischen Gründen (z. B. künstliche Gelenke, Stents, Herzschrittmacher, Medikamentenpumpen, Brustimplantate, Schrauben, Platten oder ähnliches)?		☐ Ja ☐ Nein
2.i	Haben Sie Auffälligkeiten oder Veränderungen, die keine Beschwerden verursachen und/oder für die keine Diagnose gestellt wurde (z.B. nicht heilende Wunden, Knoten oder Schwellungen, sich verändernde Leberflecken)?		☐ Ja ☐ Nein
2.j	Wie groß sind Sie und was wiegen Sie?	Größe	
		Gewicht	
2.k	Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind, oder steht fest, dass Zähne gezogen werden müssen? Zähne, die noch nicht dauerhaft/nur provisorisch ersetzt sind, zählen als fehlende Zähne. Weisheitszähne oder Zähne, bei denen die Lücke durch benachbarte Zähne komplett geschlossen wurde, zählen nicht als fehlende Zähne.		☐ Ja ☐ Nein
2.l	Wird oder wurde **in den letzten 5 Jahren** eine parodontale Erkrankung festgestellt und/oder wird sie derzeit behandelt?		☐ Ja ☐ Nein
2.m	Sind Zahnersatz oder On-/Inlays vorhanden?		☐ Ja ☐ Nein
	Falls ja, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:	herausnehmbare Prothese (Anzahl der betroffenen Zähne)	
		Brücke(n) (Anzahl der betroffenen Zähne)	
		Kronen/Venneers/On-/Inlays (Anzahl)	
		Implantate (Anzahl)	
2.n	**Bei Frauen:** Besteht aktuell eine Schwangerschaft?		☐ Ja ☐ Nein
	Waren Sie in der Vergangenheit schwanger?		☐ Ja ☐ Nein
	Wenn ja, gab es während der Schwangerschaft und/oder der Entbindung Komplikationen?		☐ Ja ☐ Nein

Wichtiger Hinweis zu Ihren Angaben zum Gesundheitszustand:

Bitte prüfen Sie alle Angaben zum Gesundheitszustand sorgfältig, bevor Sie diese unterschreiben. Sollten Sie unsicher sein, ob eine Tatsache relevant ist, geben Sie diese bitte trotzdem an oder fragen Sie uns vorab.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die „Belehrung zu den Folgen unrichtiger oder unvollständiger Angaben zum Gesundheitszustand nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)“ erhalten und zur Kenntnis genommen sowie alle Gesundheitsangaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht haben.

Stand: 01.10.2026

Ort, Datum

Unterschrift (der zu versichernden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)

ANLAGE ZU DEN ANGABEN ZUM GESUNDHEITSZUSTAND

Bitte geben Sie an, aus welchem Grund (z. B. Beschwerden oder Erkrankung) Sie ärztliche Hilfe in Anspruch genommen haben. Beschreiben Sie bitte, welche Untersuchungen und Behandlungendurchgeführt wurden. Schildern Sie den Verlauf der Beschwerden bzw. der Erkrankung in Ihren eigenen Worten. Falls ein ärztlicher Befundbericht vorliegt, fügen Sie diesen bitte bei.

Versicherte Person:

Nachname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Vorname(n)			

Frage	Details zu Diagnose, Erkrankung, Unfall, Notfall, Beschwerde, Behandlung, Medikament

Ort, Datum

Unterschrift (der versicherten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Stand: 01.10.2025