



Unterlagen zum Abschluss einer Europäischen Krankenversicherung bei der Morgan Price Europe

Guten Tag,

beiliegend erhalten Sie alle Unterlagen, die zum Abschluss einer europäischen privaten Krankenversicherung notwendig sind.

Und so funktioniert´s:

1. Ihre persönlichen Daten bequem am Bildschirm ergänzen

Selbstverständlich haben wir den Antrag ins Deutsche übersetzt. Das Formular lässt sich bequem am Bildschirm mit Ihren persönlichen Angaben befüllen.

Bitte nur die rot markierten Felder ergänzen!

2. Antragsdokumente ausdrucken und unterzeichnen

Für die Antragstellung drucken Sie bitte den vollständig ausgefüllten Antrag zur europäischen Krankenversicherung aus und unterzeichnen das Dokument.

3. Unterlagen abschicken (das Original wird nicht benötigt)

An uns übermitteln wie es Ihnen am leichtesten fällt: Um Ihnen unnötige Bürokratie zu ersparen, nutzen wir E-Mail, Fax, aber auch den klassischen Brief. Senden Sie die Unterlagen also:

- per Mail service@finanzschneiderei.de
- per Fax **0821 907 86 444**
- per Post **FinanzSchneiderei
St.-Jakobs-Platz 1
86316 Friedberg / Bayern**
- per WhatsApp **0151 614 55 111**

Wie geht's dann weiter?

Wir prüfen alle Ihre Antragsangaben vorab auf Vollständigkeit und reichen den Antrag dann zur Bearbeitung ein. Im Anschluss - meist innerhalb von 72 Stunden - erhalten Sie Ihre verbindliche Annahmeerklärung per Email.

Ein Vertrag kommt zustande, wenn Sie Ihren Erstbeitrag beglichen haben! Ab diesem Zeitpunkt bzw. ab dem beantragten Versicherungsbeginn sind Sie krankenversichert und können alle tariflichen Leistungen in Anspruch nehmen.

Noch Fragen?

Rufen Sie uns einfach an – wir freuen uns auf Sie!

Herzliche Grüße

Ihr Ferdinand Steiner

Antragsformular

Bitte ergänzen / unterzeichnen Sie dieses Formular und schicken es zurück. Das Original wird nicht benötigt.

Fax: 0821 907 86 444
E-Mail: service@finanzschneiderei.de
Post: FinanzSchneiderei, St.-Jakobs-Platz 1, 86316 Friedberg
WhatsApp: 0151 614 55 111

In diesem Antragsformular stellen wir Ihnen wesentliche Fragen in Bezug auf das durch SI Insurance (Europe), SA (der "Versicherer"), versicherte Risiko und die Berechnung des Beitrags. Sie müssen die Fragen des Versicherers sorgfältig beantworten und darauf achten, dass alle Angaben richtig und vollständig sind (die „Pflicht“). Diese Pflicht gilt auch, wenn der Vertrag geändert oder verlängert wird.

Wenn Sie die Fragen falsch oder unvollständig beantworten, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten und er ist von der Leistung befreit, wenn eine vorsätzliche oder grob fahrlässige Verletzung der Auskunftspflicht vorliegt. Ist die Verletzung der Auskunftspflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig, kann der Versicherer den Vertrag kündigen oder zu geänderten Bedingungen fortsetzen.

Alle Antragsformulare werden vor der Annahme geprüft. Daher wird kein Versicherungsschutz gewährt, bevor eine Bestätigung vorliegt.

Bitte erklären Sie Ihr Einverständnis dazu, dass die Kommunikation mit dem Versicherer in Bezug auf dieses Antragsformular und alle nachfolgenden Mitteilungen in englischer Sprache erfolgt:

Ich bin einverstanden

Ich bin nicht einverstanden

1 Ihre personenbezogenen Daten

Anrede	Vorname(n)	Nach-/Familiename		
Geburtsdatum	Geschlecht	Größe	Gewicht	
Adresse im Ausland			Postleitzahl	
Telefon	Mobil	E-Mail		
Privatadresse			Postleitzahl	
Beruf		Nationalität		
Heimatland (für das Sie einen Reisepass besitzen)				
Land, für das Sie diesen Versicherungsschutz benötigen (in dem Sie sich die meiste Zeit aufhalten werden)				
Wie lange leben Sie schon im Land Ihres Wohnsitzes (Jahre/Monate)?				

2 Benötigter Versicherungsschutz

Datum, an dem der jährliche Versicherungsschutz beginnen soll, oder das Datum, an dem Ihr Antrag von den Versicherern angenommen wird, je nachdem, welches Datum später ist

Wählen Sie die Region für Ihren Versicherungsschutz	Europa	Weltweit außer USA, China, Singapur und Hongkong	Weltweit außer USA	Weltweit
Wählen Sie den Versicherungstarif	StandardPlus Comprehensive	Premium		

2 Benötigter Versicherungsschutz — Fortsetzung

Wählen Sie bitte den jährlichen festgelegten Selbstbehalt, der bei Ihrer Police zur Anwendung kommen soll

Null	100	250	500	1000
------	-----	-----	-----	------

Sie können zusätzlich einen prozentualen Selbstbehalt wählen, der nur bei Ansprüchen für ambulante Behandlungen zum Tragen kommt. Dies ist ein Prozentbetrag für alle Ansprüche aus ambulanten Behandlungen, den Sie selber tragen müssen.

Kein prozentualer Selbstbehalt	10 % prozentualer Selbstbehalt	20 % prozentualer Selbstbehalt
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

N.B. Diese Option trifft beim Standard-Tarif nicht zu, da dieser Tarif ambulante Behandlungen nicht abdeckt

Evakuierungsmodul für das Heimatland
(120 Erwachsene/75 Kinder)

Bitte geben Sie die Währung an, in der Sie die Beiträge bezahlen möchten und die Leistungen erhalten möchten

US Dollar \$	Sterling £	Euro €
--------------	------------	--------

Sind Sie oder eine der Personen, die in diesem Antrag benannt werden, bereits krankenversichert?

Ja	Nein
----	------

Falls ja, bei welcher Versicherung?

Um Verzögerungen zu vermeiden und eine zügige und effiziente Bearbeitung Ihres Antrags zu gewährleisten, fügen Sie Ihrem Antrag bitte die folgenden Unterlagen bei:

- Reisepasskopie

Wurde Ihnen oder einer der Personen, die in diesem Antrag benannt werden, jemals der Versicherungsschutz von einer Versicherung verweigert oder lediglich zu speziellen Bedingungen gewährt? (Falls ja, geben Sie bitte die Einzelheiten auf einem separaten Blatt an)

Ja	Nein
----	------

3 Eingeschlossene Angehörige

	Vollständiger Name der Angehörigen	Beziehung zum Antragsteller	D.O.B	Nationalität	Geschlecht	Größe	Gewicht	Beruf
Ehepartner								
Angeh. 1								
Angeh. 2								

Bitte geben Sie den Namen und die Adresse Ihres Hausarztes an. Wenn Sie keinen Hausarzt haben, geben Sie bitte den letzten Arzt an, bei dem Sie waren, und das ungefähre Datum des Besuchs. – Wenn die jeweiligen Antragsteller bei unterschiedlichen Ärzten gewesen sind, geben Sie bitte jeweils alle Informationen an und welcher Arzt für welchen Antragsteller zuständig ist.

NB. Um Ihren Antrag bearbeiten zu können, müssen Sie uns dies mitteilen

4 Zahlungsmethode

Bitte geben Sie an, wie Sie bezahlen möchten

Jährlich per Kredit-/Debitkarte	Jährlich per Banküberweisung - Einzelheiten auf Anfrage
Halbjährlich per Kredit-/Debitkarte	
Vierteljährlich per Kredit-/Debitkarte	Monatlich per Lastschrift - nur in der EU bei Euro-Policen möglich
Monatlich per Kredit-/Debitkarte	

Gebühren – Kredit-/Debitkarte und SEPA-Lastschriften

Jährliche Zahlweise	0%
Halbjährliche Zahlweise	+4%
Vierteljährliche Zahlweise	+5%
Monatliche Zahlweise	+8%

- Bei Zahlung per Kredit-/Debitkarte füllen Sie bitte das beigefügte Zahlungsformular aus

Gebühren – Banküberweisung

Jährliche Banküberweisung	£10/€15/\$30
---------------------------	--------------

Die Überweisungsgebühr muss nicht angegeben werden, solange der Zahlungsempfänger alle Gebühren übernimmt.

5 Erklärung

Für die Zwecke dieser Erklärung bezeichnet der Begriff („ich/wir“) jede versicherte Person, die gemäß dem Wortlaut der Police Versicherungsschutz erhalten soll.

- Ich/wir habe(n) ein Exemplar der EVOLUTION-HEALTH-POLICE (Deutschland – 2023) und des Versicherungsprodukt-Informationsblattes (IPID) erhalten und gelesen, und ich/wir verstehe(n) sie als Teil des Versicherungsvertrags. Insbesondere habe(n) ich/wir die Definitionen, Leistungen und Ausschlüsse der Police gelesen, verstanden und akzeptiert.
- Ich/wir habe(n) Abschnitt 6 dieses Antragsformulars zum Datenschutz gelesen, verstanden und akzeptiert.
- Ich/wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass mein/unser Versicherungsmakler zum Zweck der Übermittlung sensibler Daten in meinem Namen handelt.
- Ich/wir erkläre(n) nach bestem Wissen und Gewissen, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben wahrheitsgemäß sind und dass ich/wir alle in diesem Antragsformular gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe(n). Ich/wir verstehe(n) auch, dass ich/wir den Versicherer sofort informieren muss/müssen, wenn sich etwas an den von mir/uns gegenüber dem Versicherer gemachten Angaben ändert. Mir/uns ist bekannt, dass das Verschweigen oder die falsche Darstellung von Tatsachen den Versicherer ggf. dazu berechtigt, die Versicherung für nichtig zu erklären. Dieses Antragsformular und die darin gemachten Angaben enthalten Informationen, die dem Versicherer bei der Entscheidung über die Aufnahme in diese Versicherung und bei der Bestimmung der Aufnahmebedingungen als Grundlage dienen.
- Mir/uns ist bewusst, dass mich/uns die Unterzeichnung dieses Antragsformulars nicht dazu verpflichtet, diese Versicherung abzuschließen, oder den Versicherer verpflichtet, diese Versicherung zu genehmigen.
- Wenn ich/wir mich/uns für Teilzahlungen unseres Beitrags per Kredit- oder Debitkarte entschieden habe(n) und Morgan Price dem zugestimmt hat, ermächtige(n) ich/wir Morgan Price, diese Teilzahlungen jeweils bei Fälligkeit abzubuchen, es sei denn, ich/wir widerrufe(n) diese Ermächtigung zur Kredit-/Debitkartenabbuchung mit einer Frist von mindestens 14 Tagen schriftlich. Mir/uns ist bekannt, dass im Schadensfall keine Rückerstattung erfolgt und ich/wir alle ausstehenden Beiträge für die laufende Versicherungsperiode bezahlen muss/müssen.
- Ich/wir bin/sind bevollmächtigt, dieses Antragsformular im Namen aller meiner/unserer Angehörigen zu unterzeichnen, die in Abschnitt 3 dieses Antragsformulars angegeben sind.
- Ich/wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass die Kommunikation mit dem Versicherer in Bezug auf dieses Antragsformular und alle nachfolgenden Mitteilungen in englischer Sprache erfolgt.

Unterschrift des Hauptantragstellers

Datum

6 Datenschutz und Geheimhaltungspflicht

Datenschutz

SI Insurance (Europe), SA, Teil der Sampo International [1] Group, erfasst und speichert Daten in Übereinstimmung mit der Datenschutzgesetzgebung. Nähere Informationen darüber, wie Sampo International Ihre persönlichen Daten verwendet, finden Sie im Wortlaut der Police und auf der Website <https://www.sampo-intl.com/privacy-policies/>.

⁽¹⁾ Die Bezeichnung „Sampo International“ bezieht sich auf und umfasst jede einzelne Tochtergesellschaft der Sampo International Holdings Ltd. („SIHL“), einer „Bermuda exempted company“. Wenn jedoch ein verbundenes Unternehmen von SIHL, das keine Tochtergesellschaft von SIHL ist, personenbezogene Daten erhält oder verwendet, die unter diese Richtlinie fallen und gemäß der Datenschutzgesetzgebung geschützt werden müssen, dann gilt dieses verbundene Unternehmen als Teil von „Sampo International“ zu dem Zweck, die Daten, die dieses verbundene Unternehmen erhält oder verwendet, zu schützen. Eine Liste der Standorte von Sampo International finden Sie unter <https://www.sampo-intl.com/location/corporate>. Eine Liste der Tochterunternehmen innerhalb der Sampo Group finden Sie unter https://www.sampo-hd.com/en/group/group_list/.

Geheimhaltungspflicht für Luxemburg

Sampo International hat SI Insurance (Europe), SA, eine hundertprozentige Tochtergesellschaft der Sampo International Holdings Ltd. mit Sitz in Luxemburg, mit der Versicherung der Risiken im EWR beauftragt. Als solches unterliegt dieser Antrag/diese Versicherungspolice den luxemburgischen Vorschriften in Bezug auf Geheimhaltungspflicht. Alle Mitarbeitenden in der Versicherungsbranche in Luxemburg sind verpflichtet, die Vertraulichkeit der ihnen in Ausübung ihres Mandats oder im Rahmen ihrer beruflichen Pflichten anvertrauten Informationen zu wahren. Abweichend davon kann SI Insurance (Europe), SA diese Informationen an solche Unternehmen weitergeben, die im Namen des Versicherers ausgelagerte Dienstleistungen erbringen. Die Dienstleister unterliegen einer Geheimhaltungspflicht oder sind an eine Vertraulichkeitsvereinbarung gebunden.

Mit der Unterzeichnung des Antragsformulars für eine (Rück-)Versicherung oder eines (Rück-)Versicherungsvertrags oder der Zahlung des Versicherungsbeitrags erklärt sich der Versicherungsnehmer damit einverstanden, dass die unter die luxemburgische Geheimhaltungspflicht fallenden Informationen an die Dienstleister von SI Insurance (Europe), SA weitergegeben werden, soweit dies für die Erfüllung der ausgelagerten Dienstleistung erforderlich ist. Weitere Informationen finden Sie unter <http://www.sampo-intl.com/locations/luxembourg> www.sampo-intl.com/locations/luxembourg.

Policen-Nr: _____

Nachname: _____

7. Vertrauliche medizinische Erklärung

Teil B

Beantworten Sie bitte die folgenden Gesundheitsfragen vollständig und auf korrekte Weise und geben Sie auch solche Umstände an, die Sie als unwichtig erachten. Sollten Sie eine oder mehrere dieser Fragen unvollständig oder falsch beantworten, kann SI Insurance (Europe), SA je nach Grad des Fehlers vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen, anpassen oder ablehnen, ihn zu erfüllen. Bitte beachten Sie auch die ausführlichen Anweisungen über der Unterschriftszeile.

Wichtig: Sie und die Personen, die Versicherungsschutz im Rahmen dieser Police beantragen, müssen uns alle bekannten Vorerkrankungen mitteilen. Wenn Sie uns nicht darüber informieren, wird ggf. Ihre Police gekündigt und Ihre Ansprüche werden nicht bezahlt.

	Versicherungsnehmer		Ehepartner		Angeh. 1		Angeh. 2	
1. Sind für einen Antragsteller medizinische/chirurgische/ zahnärztliche Untersuchungen und/oder Eingriffe (einschließlich Röntgenaufnahmen, Labor oder andere Tests) geplant bzw. werden diese empfohlen oder in Erwägung gezogen? Wenn Sie mit "Ja" geantwortet haben, MÜSSEN Sie hier zusätzliche Informationen angeben.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
2. Wurde einem Antragsteller jemals eine medizinische oder zahnmedizinische Versicherung verweigert oder wurde eine Police auf einen späteren Zeitpunkt gelegt, zu Sonderbedingungen abgeschlossen oder wurde eine Einstufung vorgenommen? Wenn Sie mit "Ja" geantwortet haben, MÜSSEN Sie hier zusätzliche Informationen angeben.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
3. Hat ein Antragsteller in den letzten 12 Monaten einen Arzt konsultiert, wurde er ärztlich untersucht oder medizinisch behandelt? Wenn Sie mit "Ja" geantwortet haben, MÜSSEN Sie hier zusätzliche Informationen angeben.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
4. Hat ein Antragsteller in den letzten 5 Jahren einen Arzt oder Facharzt konsultiert, wurde er ärztlich oder fachärztlich untersucht oder medizinisch behandelt? Wenn Sie mit "Ja" geantwortet haben, MÜSSEN Sie hier zusätzliche Informationen angeben.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
5. War einer der Antragsteller in den letzten 5 Jahren in einem Krankenhaus, einer Klinik, einem Sanatorium oder einer anderen Behandlungseinrichtung untergebracht (hat dort übernachtet)? Wenn Sie mit "Ja" geantwortet haben, MÜSSEN Sie hier zusätzliche Informationen angeben.	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6. Hatte einer der Antragsteller irgendeine Krankheit oder Beeinträchtigung, litt er an Symptomen oder benötigte Medikamente, eine Behandlung oder eine oder mehrere Untersuchung/en im Krankenhaus bezüglich folgender Bereiche? – Bitte alle Fragen beantworten. Hinweis: Wenn Sie auf irgendeine dieser Fragen mit "Ja" geantwortet haben, MÜSSEN Sie im entsprechenden Feld zusätzliche Informationen angeben.								
6.1. AIDS/ARC/HIV	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.2. Alkoholabhängigkeit oder Drogen-/Medikamentenmissbrauch	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein

		Versicherungsnehmer		Ehepartner		Angeh. 1		Angeh. 2	
		Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.3.	Anämie oder andere Blutkrankheiten	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.4.	Arthritis oder eine Erkrankungen der Muskeln oder Gelenke	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.5.	Asthma, Bronchitis oder eine andere Atemwegserkrankung	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.6.	Rücken/Wirbelsäule/Hals	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.7.	Blutdruck/Hypertonie <i>Wenn ja, füllen Sie bitte unseren Fragebogen zu Bluthochdruck aus</i>	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.8.	Blutgefäße/Gerinnsel/Kreislaufsystem	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.9.	Knochen (einschließlich Frakturen)	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.10.	Gehirn/Kopf	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.11.	Krebs, Tumor, Geschwulst oder Zyste <i>Wenn ja, füllen Sie bitte unseren Fragebogen zu Krebs aus</i>	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.12.	Karpaltunnelsyndrom	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.13.	Zerebrovaskuläre Erkrankung/Störung oder Schlaganfall	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.14.	Schmerzen in der Brust, Herzklopfen, Herzgeräusche, Angina pectoris, Herzinfarkt oder eine andere Herzerkrankung	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.15.	Cholesterin/Hypercholesterinämie <i>Wenn ja, füllen Sie bitte unseren Fragebogen zu Cholesterin aus</i>	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.16.	Mukoviszidose	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.17.	Zahn-/Zahnfleischerkrankungen	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.18.	Diabetes (auch wenn medikamentös eingestellt) <i>Wenn ja, füllen Sie bitte unseren Fragebogen zu Diabetes aus</i>	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.19.	Ohren, Augen, Nase oder Rachenraum	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.20.	Epilepsie, Krämpfe, Krampfanfälle, Anfälle	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.21.	Gastrointestinal disorder (stomach/intestines)	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.22.	Gicht	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.23.	Hernie <i>Wenn ja, geben Sie bitte die Art der Hernie an, z. B. Leistenbruch</i>	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.24.	Immunsystemerkrankung	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.25.	Verletzung, Operation, körperliche Schäden	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein

		Versicherungsnehmer		Ehepartner		Angeh. 1		Angeh. 2	
6.26.	Niere/Blase/Harnwege	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.27.	Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse oder Milz	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.28.	Lunge/Atmung	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.29.	Psychische Störung/Nervenleiden	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.30.	Neurologisches/Nervensystem	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.31.	Lähmung	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.32.	Prostata	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.33.	Rheumatisches Fieber	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.34.	Fortpflanzungsstörung oder Unfruchtbarkeit	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.35.	Haut	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.36.	Schlafstörung	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.37.	Schlaganfall	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.38.	Chirurgischer Eingriff	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.39.	Geschwür	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.40.	Schilddrüse (auch wenn medikamentös eingestellt) <i>Wenn ja, füllen Sie bitte unseren Fragebogen zur Schilddrüse aus</i>	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.41.	Anomalie der Harnwege	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.42.	Andere nicht aufgeführte Erkrankung	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.43.	Befinden Sie sich derzeit in einer zahnärztlichen Behandlung oder wurde Ihnen dazu geraten?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.44.	Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak oder Nikotinersatzprodukte konsumiert? Falls ja, wie viel am Tag?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.45.	Leiden Sie unter irgendwelchen Allergien, einschließlich Nahrungsmittelallergien?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.46.	Haben Sie unter irgendwelchen Symptomen gelitten, für die Sie keinen ärztlichen Rat eingeholt haben?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.47.	Stehen bei Ihnen jetzt oder in Zukunft irgendwelche Untersuchungen oder Arzttermine an?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.48.	Sind Sie derzeit in fachärztlicher Behandlung (z. B. bei einem Kardiologen oder Onkologen)?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.49.	Sind Sie derzeit schwanger?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein

Zusätzliche Informationen

Wenn Sie in Abschnitt 7 mit „Ja“ geantwortet haben, MÜSSEN Sie die folgenden zusätzlichen Informationen angeben. Wenn Sie mehr Platz benötigen, füllen Sie bitte ein separates Blatt aus.

Frage Nr.	Name der Krankheit/der Erkrankung*	Daten (von ... bis)	Welche medizinische Behandlung haben Sie erhalten?	Name des aktuellen Medikaments und Tagesdosis	Mussten Sie im Zusammenhang mit dieser Erkrankung stationär behandelt werden?	Wie ist Ihr aktueller Zustand bezüglich dieser Erkrankung?***
Versicherungsnehmer						
Ehepartner						
Angeh. 1						
Angeh. 2						

*Ggf. bitte die betroffene Körperstelle angeben (z. B. linker oder rechter Arm)

**Bitte geben Sie entweder "vollständig genesen", "anhaltend" oder "erneut aufgetreten" (oder "tritt wahrscheinlich erneut auf") an

Alle im Antrag abgefragten Angaben sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann die Morgan Price zu einem Rücktritt, einer Kündigung und / oder der Ablehnung Ihrer eingereichten Leistungsansprüche berechtigen.

Unterschrift Antragsteller

8

Anzeige der Verletzung der Offenlegungspflicht gemäß § 19 Abs. 5 Insurance Contract Act (Versicherungsvertragsgesetz – VVG)

Die oben genannten Gesundheitsfragen müssen richtig und vollständig beantwortet werden (Auskunftspflicht).

Wenn Sie die Fragen falsch oder unvollständig beantworten, kann SI Insurance (Europe), SA vom Vertrag zurücktreten und ist von der Leistung befreit, wenn eine vorsätzliche oder grob fahrlässige Verletzung der Auskunftspflicht vorliegt. Ist die Verletzung der Auskunftspflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig, kann der Versicherer den Vertrag kündigen oder zu geänderten Bedingungen fortsetzen.

9

Belehrung gemäß § 19 Abs. 5 VVG zu den Folgen eines Verstoßes gegen die gesetzliche Auskunftspflicht

Welche sind die vorvertraglichen Auskunftspflichten?

Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, alle Ihnen bekannten risikorelevanten Umstände, nach denen Sie in Textform gefragt werden, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Fragt der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Ihrer Vertragsannahme in Textform nach risikorelevanten Umständen, sind Sie auch dann zu wahrheitsgemäßen und vollständigen Angaben verpflichtet.

Welche Folgen kann es haben, wenn eine vorvertragliche Auskunftspflicht verletzt wird?

1. Rücktritt vom Vertrag und Erlöschen des Versicherungsschutzes

Wenn Sie die vorvertragliche Auskunftspflicht verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie beweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorlag. Hätte er den Vertrag auch dann geschlossen (wenn auch zu anderen Bedingungen), wenn ihm die nicht angegebenen Umstände bekannt gewesen wären, steht dem Versicherer auch im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Auskunftspflicht kein Rücktrittsrecht zu. Im Falle eines Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles den Rücktritt, bleibt er dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder unrichtig angegebene Umstand weder für den Eintritt noch für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich war.

Die Leistungspflicht gilt jedoch nicht, wenn Sie die Auskunftspflicht arglistig verletzt haben. Im Falle eines Rücktritts hat der Versicherer Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Jahresbeitrag bis zu dem Datum entspricht, an dem der Rücktritt wirksam wurde.

2. Kündigung

Wenn der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten kann, weil Sie die vorvertragliche Auskunftspflicht lediglich fahrlässig oder unverschuldet verletzt haben, kann der Versicherer den Vertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen. Hätte er den Vertrag auch dann geschlossen (wenn auch zu anderen Bedingungen), wenn ihm die nicht angegebenen Umstände bekannt gewesen wären, steht dem Versicherer das Recht auf Kündigung nicht zu.

3. Vertragsänderung/-anpassung

Wenn der Versicherer nicht aufgrund der Auskunftspflicht vom Vertrag zurücktreten oder diesen kündigen kann, weil er den Vertrag auch dann geschlossen hätte (wenn auch zu anderen Bedingungen), wenn ihm die nicht angegebenen Umstände bekannt gewesen wären, werden diese anderen Bedingungen auf seinen Wunsch hin Teil des Vertrags. Wenn Sie die Auskunftspflicht fahrlässig verletzt haben, werden die anderen Bedingungen rückwirkend zum Vertragsbestandteil. Erhöht sich der Beitrag durch die Vertragsänderung um mehr als 10 % oder schließt der Versicherer die Risikoabdeckung für den nicht angegebenen Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Erhalt der Benachrichtigung des Versicherers über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Über dieses Recht werden Sie in der Benachrichtigung des Versicherers informiert.

4. Ausübung von Rechten durch den Versicherer

Der Versicherer kann seine Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem der Versicherer von der Verletzung der Auskunftspflicht, welche der Grund für die von ihm geltend gemachten Rechte ist, Kenntnis erlangt. Werden diese Rechte ausgeübt, muss der Versicherer die Umstände angeben, auf denen seine Erklärung basiert. Der Versicherer kann nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Aussage angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 noch nicht abgelaufen ist. Der Versicherer kann sich nicht auf die Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsänderung berufen, wenn ihm der nicht angegebene risikorelevante Umstand oder die Unrichtigkeit der Auskunft bekannt war. Die Rechte, vom Vertrag zurückzutreten, den Vertrag zu kündigen und den Vertrag zu ändern, erlöschen fünf Jahre nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie vorsätzlich oder arglistig gegen die Auskunftspflicht verstoßen haben.

5. Vertretung durch eine andere Person

Wenn Sie sich bei Vertragsabschluss von einer anderen Person vertreten lassen, müssen sowohl Ihre eigene sowie die Kenntnis und betrügerische Absicht Ihres Vertreters für die Ausübung der Rechte des Versicherers hinsichtlich Anzeigepflicht, Rücktritt, Kündigung, Vertragsänderung und Ausschlussfrist berücksichtigt werden. Sie können sich nur dann darauf berufen, dass die Auskunftspflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt wurde, wenn weder Ihr Vertreter noch Sie sich des Vorsatzes oder der groben Fahrlässigkeit schuldig gemacht haben.

SEPA CORE DIRECT DEBIT MANDATE

SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT



MORGAN PRICE (EUROPE) APS
NYBROGADE 18 3.
1203 KOBENHAVN K
DENMARK

Creditor ID : GB30ZZSDDBARC0000003771138

Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers : GB30ZZSDDBARC0000003771138

By signing this mandate form, you authorise Morgan Price (Europe) ApS to send instructions to your bank to debit your account and for your bank to debit your account in accordance with the instructions from Morgan Price (Europe) ApS.

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Morgan Price (Europe) ApS, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Morgan Price (Europe) ApS auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights regarding this mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

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

If you utilise your rights above, the insurance that you use this mandate to purchase will be suspended until payment is received and the terms and conditions of the policy will be applied.

All fields are mandatory.
Alle Felder sind Pflichtfelder.

Mandate Reference
Mandatsreferenz - vom
Zahlungsempfänger auszufüllen

In respect of the contract
Mit Bezug auf den Vertrag

Type of Payment Zahlungsart	Recurrent (Mandate can be used more than once) Wiederkehrende Zahlung	One-off (Mandate can only be used once) Einmalige Zahlung
--------------------------------	---	---

Your address Anschrift des Zahlungspflichtigen		
	Country Land	Post/Zip code Postleitzahl
Your bank BIC SWIFT BIC (Internationale Bankleitzahl des Instituts des Zahlungspflichtigen)		
Your account number (IBAN) Internationale Bankkontonummer - IBAN DES Zahlungspflichtigen		
City/town in which you are signing Unterzeichnet in		
Signature Unterschrift (en)		Date Datum

Hinweis: Meine/Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem/unserem Kreditinstitut erhalten kann/können.

Was sind EWR-Dienstleister

EWR-Dienstleister sind private Versicherungsunternehmen mit Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR), die Inländern von ihrem ausländischen Sitz aus Krankheitskostenschutz gewähren. Sie werden von den zuständigen Behörden ihres Herkunftsstaats beaufsichtigt. Zusätzlich unterliegen sie bei ihrer Geschäftstätigkeit in Deutschland einer eingeschränkten Aufsicht durch die BaFin gemäß § 110a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG).

Erfüllen EWR-Dienstleister die Versicherungspflicht in Deutschland

Jede Person mit Wohnsitz in Deutschland muss nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) bei einem Versicherungsunternehmen, das in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassen ist, eine substitutive Krankenvollversicherung abschließen und aufrechterhalten. Diese hat bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen. Grundsätzlich kann auch ein Vertrag bei einem Versicherer aus einem anderen Land der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums geeignet sein, diese gesetzliche Versicherungspflicht zu erfüllen. Dies dürfte jedoch vornehmlich ausländische Bürger betreffen, die Krankenversicherungsverträge bereits vor Verlegung Ihres Wohnsitzes nach Deutschland abgeschlossen haben.

Vertragslaufzeiten

Verträge mit EWR-Dienstleistern werden meist für ein Jahr abgeschlossen. Nach Ablauf des Jahres wird der Versicherungsvertrag zu den dann gültigen Bedingungen erneuert, sofern der Versicherte nicht widerspricht. Falls es gesetzliche Änderungen erfordern bzw. der Versicherer in der BRD kein Geschäft mehr zeichnet, kann dies zur Beendigung eines Vertrages führen.

Kosten bei vorzeitiger Kündigung

Eine Europäische Krankenversicherung kann mit Unterstützung der FinanzSchneiderei auch unterjährig beendet werden, falls keine Leistungen im laufenden Versicherungsjahr ausbezahlt wurden. Als Makler übernehmen wir für Sie den Schriftwechsel zur vorzeitigen Vertragsbeendigung gegen ein Honorar von drei Monatsbeiträgen (inkl. MwSt.).

Altersrückstellungen

Es gibt gegenwärtig keinen EWR-Dienstleister, der Altersrückstellungen bildet – die Beiträge sind nach Art einer Schadensversicherung kalkuliert und werden im Alter deutlich teurer. Daher sollten persönliche Rücklagen gebildet werden, wir beraten Sie auf Wunsch gerne. Deutsche Private Krankenvollversicherungen sind nach Art einer Lebensversicherung berechnet und die Beiträge sollten im Vergleich im Alter weniger stark ansteigen.

Arbeitgeberzuschuss

Ein Arbeitgeberzuschuss wird nach §257 Abs. 2a SGB V nur dann gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen die dort genannten Voraussetzungen erfüllt. Es muss insbesondere die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreiben. Ein deutscher Arbeitgeber ist daher nicht verpflichtet, einen Zuschuss zu gewähren.

Pflegepflichtversicherung

Nach Maßgabe des § 23 Absätze 1 und 2 des Elften Sozialgesetzbuchs müssen sich privat Krankenversicherte bei einem privaten Versicherungsunternehmen auch gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichern. Dies gilt jedoch grundsätzlich nur, wenn der abgeschlossene Krankenversicherungsvertrag der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG auch tatsächlich genügt. Eine private Pflegeversicherung wird von EWR-Dienstleistern nicht angeboten. Sie muss daher gesondert bei einem deutschen Krankenversicherer abgeschlossen werden. Diese sind verpflichtet, mit den Personen, die laut Gesetz eine Pflegeversicherung haben müssen, auf Antrag einen solchen Vertrag abzuschließen – aber eben nur mit diesen. Ist das nicht der Fall, so kann der deutsche Versicherer, bei dem eine Aufnahme in die Pflegepflichtversicherung begehrt wird, den Antrag ablehnen.

Unterschiede zur deutschen PKV

EWR-Dienstleister sind, im Gegensatz zu Deutschen Privaten Krankenvollversicherern, unter anderem nicht verpflichtet einen Basis-Tarif gem. § 193 Abs. 5 VVG anzubieten. Sie müssen auch keinen Vertrag fortführen, wenn die Beiträge nicht vollständig bezahlt wurden. Das Kündigungsverbot gem. § 193 Abs. 5 VVG trifft auf die EWR-Dienstleister ausdrücklich nicht zu.

Strafprämien

Mit der Aufnahme in eine Krankheitskostenabsicherung eines ausländischen EWR-Dienstleisters werden keine Strafprämien erhoben, da es sich um eine reine Risikoversicherung handelt. Bei Eintritt in eine deutsche substitutive Krankenvollversicherung (unabhängig ob privat oder gesetzlich) können in Abhängigkeit der Prüfung durch das deutsche Versicherungsunternehmen weiterhin Strafbeiträge, auch für den Zeitraum der Mitgliedschaft bei einem EWR-Dienstleister, erhoben werden.

Substitutive Krankenvollversicherung

Die Beiträge einer substitutiven Krankenversicherung müssen u.a. nach Art der Lebensversicherung kalkuliert sein. Die angebotene Absicherung kann eine deutsche gesetzliche oder private Krankenvollversicherung daher nicht ersetzen. Wir bieten die Tarife der EWR-Dienstleister als rein optionale Krankheitskostenabsicherung an.

Moratorium

EWR-Dienstleister bieten in der Regel eine sog. Moratoriumsregelung für gesundheitliche Risiken an. Dies bedeutet, dass nachweisliche Erkrankungen und bekannte gesundheitliche Probleme aus den vergangenen Jahren innerhalb der ersten Jahre nicht gedeckt sind. Es findet ein vollständiger Ausschluss bestehender gesundheitlicher Risiken statt. Nach (meist) zwei bis fünf Jahren ununterbrochener Versicherung kann eine frühere Erkrankung als Neu-Erkrankung abgedeckt werden. Voraussetzung ist, dass in diesen Jahren keine Behandlung oder Einnahme von Medikamenten stattgefunden hat sowie der Versicherte nicht unter (evtl. auch unbehandelten) Symptomen gelitten hat. Chronische Erkrankungen und genetische Defekte sind grundsätzlich von der Deckung ausgeschlossen. Möchten Sie wissen, wie bestehende Vorerkrankungen abgedeckt oder ausgeschlossen werden, können Sie eine Risikoprüfung vor Vertragsabschluss durchführen.

Leistungsabwicklung

Aufgrund der Moratoriumsregel ist der Aufwand zum Zeitpunkt der Antragsstellung überschaubar, dafür müssen bei der Einreichung von Rechnungen detaillierte Auskünfte zur Erkrankung und Behandlung gegeben werden. Die Fristen, in denen Rechnungen eingereicht werden können, sind wesentlich kürzer und betragen in der Regel 3 - 6 Monate nach Behandlungsdatum.

Wer sollte keinen Antrag auf eine Europäische Krankenversicherung stellen

Bestehende akute oder chronische Erkrankungen sind von der Deckung durch Europäische Krankenversicherungen immer ausgeschlossen. Wer krank ist, wird für sein Geld keine adäquate Leistung erhalten, da bestehende Krankheiten und alles, was damit verbunden ist oder sein kann, von der Versicherung nicht abgedeckt wird.

Damit unterliegen vor allem chronische Erkrankungen wie hoher Blutdruck (Hypertonie), Herz-/Kreislaufkrankungen oder Diabetes so umfangreichen Ausschlusskriterien, dass eine Krankenversicherung über einen EWR-Dienstleister in der Regel nicht sinnvoll ist.

Sonstige Hinweise

Besonders bei den günstigen Tarifen wird oft mit allgemeinen Ausschlüssen gearbeitet. Bitte beachten Sie unbedingt die AGBs der Versicherer, um sich über Fristen und Ausschlüsse zu informieren. Zusatzversicherungen, wie z. B. Krankentagegelder, Aufbautarife für Zahnersatz oder eben die Pflegepflichtversicherung, werden von EWR-Dienstleistern nicht angeboten.

Erklärung zur Beratungsdokumentation

Aufgrund der finanziellen Möglichkeiten, des Gesundheitszustandes oder eines langfristigen Auslandsaufenthaltes soll eine Aufnahme in eine deutsche Krankenversicherung (vorerst) nicht erfolgen. Der Mandant bestätigt den Erhalt der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der Tarifinformationen sowie einem Auszug der Informationsbroschüre der BaFin zum Thema EWR-Dienstleister. Der Mandant bestätigt aktuell nicht krankenversichert zu sein und die o.g. Informationen erhalten und gelesen zu haben. Es wurde eine auf die Europäische Krankenversicherung eingeschränkte Beratung gewünscht. Zu den Möglichkeiten der Rückkehr bzw. Eintritt in das deutsche Krankenversicherungssystem wurde dennoch detailliert informiert. Die Beratung umfasste unter anderem folgende Inhalte:

- Substitutive Krankenversicherung / Erhebung von Strafbeiträgen
- Unterschiede Normaltarif / Basistarif / Notlagentarif
- Pflegepflichtversicherung / Krankentagegeld

Einwilligungserklärung (unbedingt erforderlich)

Bevor Sie diese Beratungsdokumentation unterschreiben lesen Sie bitte unsere Datenschutzerklärung auf der Rückseite.

Ich bin mit dem Versand von unverschlüsselten E-Mails zur Auftragsabwicklung einverstanden – explizit auch für den Fall, dass in der E-Mail besondere persönliche Daten (z.B. Gesundheitsdaten/Finanzstatus) enthalten sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die FinanzSchneiderei zur Durchführung des Auftrags Gesundheitsdaten über mich im Rahmen des in der Datenschutzerklärung beschriebenen Umfangs verarbeitet. Ich stimme zu, dass diese Gesundheitsdaten an die benannten Dienstleister übermittelt und durch diese wie beschrieben verarbeitet werden.

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen – jedoch nur für die Zukunft – widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt davon unberührt.

Führt der Widerruf der Einwilligung dazu, dass der in der geregelte Vertragszweck nicht mehr erfüllt werden kann, endet automatisch die vereinbarte Verpflichtung der FinanzSchneiderei gegenüber dem Mandanten.

Datum

Unterschrift Mandant



Datenschutzerklärung

(Stand 09/2022)

1. Präambel

Der Mandant wünscht die Vermittlung und/oder Verwaltung seiner Vertragsverhältnisse gegenüber Versicherern, Bausparkassen und/oder Anlagegesellschaften und/oder sonstigen Unternehmen, mit welchen der Makler zusammenarbeitet, aufgrund der vereinbarten Regelungen (Auftrag/Maklervertrag) mit dem Makler. Zu deren Umsetzung, insbesondere der Vertragsvermittlung und -verwaltung, soll der Makler alle in Betracht kommenden Daten des Kunden verarbeiten, erhalten, verwenden, speichern, übermitteln und weitergeben dürfen.

2. Name und Anschrift des für die Verarbeitung Verantwortlichen

Verantwortlicher im Sinne der datenschutzrechtlichen Bestimmungen ist:

FinanzSchneiderei GmbH & Co. KG Versicherungsmakler
St.-Jakobs-Platz 1, DE-86316 Friedberg / Bayern D-88UK-71CSR-84

3. Rechtsgrundlage, Einwilligung in die Datenverarbeitung

- Der Makler verarbeitet die personenbezogenen Daten des zur Erfüllung und Durchführung des erteilten Auftrags und in dem in diesen Datenschutzhinweisen beschriebenen Umfang.
- Die beschriebene Verarbeitung personenbezogener Daten ist für die Vertragsdurchführung erforderlich und beruht auf der Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO. Die Verarbeitung von Gesundheitsdaten erfolgt nur mit der Einwilligung des Auftraggebers und beruht auf der Rechtsgrundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO.
- Soweit die Verarbeitung personenbezogener Daten zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung erforderlich ist, beruht diese Verarbeitung auf Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO.
- Der Makler gibt die Daten des Mandanten, insbesondere auch die Gesundheitsdaten des Kunden, zur Einholung von Stellungnahmen und Gutachten, sowie zur rechtlichen Prüfung von Ansprüchen an von Berufswegen zur Verschwiegenheit verpflichtete Personen (z.B. Anwälte und Steuerberater) weiter.

4. Mitarbeiter und Vertriebspartner

Die personenbezogenen Daten des Mandanten einschließlich der Gesundheitsdaten werden durch die Mitarbeiter und Erfüllungsgehilfen des Maklers eingesehen und für die Beratung gegenüber dem Mandanten und dem Versicherer verwendet. Zu den Mitarbeitern des Maklers zählen alle Arbeitnehmer, selbständige Handelsvertreter, Empfehlungsgeber und sonstige Erfüllungsgehilfen, die mit dem Makler eine vertragliche Regelung unterhalten. Die personenbezogenen Daten des Mandanten, sein Finanzstatus und die Gesundheitsdaten werden an diese und künftige Mitarbeiter des Maklers zum Zwecke der Ver-

tragsbetreuung weitergegeben und im Rahmen des Vertragszweckes eingesehen, verarbeitet und verwendet.

5. Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden

Die Daten des Mandanten werden nach Kündigung der Zusammenarbeit im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen, gelöscht. Zur Abwehr zukünftiger Schadenersatzansprüche können sich die Löschfristen entsprechend verlängern.

6. Rechte des Mandanten als betroffene Person

Dem Mandanten stehen sämtliche in Kapitel 3 (Art. 12-23) DSGVO genannten Rechte zu, insbesondere das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruchsrecht und Recht auf Datenübertragbarkeit.

7. Kooperationspartner

Dem Kunden ist bekannt, dass der Makler im Rahmen seiner auftragsgemäß übernommenen Aufgaben mit Kooperationspartnern zusammenarbeitet. Aus diesem Grunde wurden die Kooperationspartner bevollmächtigt. Zum Zwecke der auftragsgemäßen Umsetzung ist es neben der Bevollmächtigung ebenfalls erforderlich, dass der Kooperationspartner die Daten des Mandanten erhält und verarbeitet.

8. Datenübertragung in Drittländer

Sollten wir Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt dies nur, soweit dem Drittland von der EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien bestehen.

9. Widerruf der Einwilligung

Die Einwilligung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten kann durch den Mandanten jederzeit und ohne Begründung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die an der Vertragsvermittlung und/oder -verwaltung beteiligten Unternehmen werden sofort über den Widerruf informiert und verpflichtet, unverzüglich die gesetzlichen Regelungen der DSGVO und des BDSG umzusetzen.

10. Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde

Der Mandant hat jederzeit die Möglichkeit, wegen der Verarbeitung personenbezogener Daten Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde einzulegen (Art. 77 DSGVO). Die zuständige Aufsichtsbehörde für die Verarbeitung personenbezogener Daten durch den Makler ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht.