



www.finanzschneiderei.de

Unterlagen zum Abschluss einer Europäischen Krankenversicherung bei der Freedom Health Insurance

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

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 aus und unterzeichnen das Dokument.

3. Unterlagen abschicken

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 wieder 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

Freedom Health Insurance

WORLDWIDE INDIVIDUAL APPLICATION FORM

(Full Medical Underwriting) *WORLDWIDE INDIVIDUAL ANTRAGSFORMULAR*

Each of the following parts should be completed by you. Please use **BLOCK CAPITALS**.

Jeder der folgenden Teile sollte von Ihnen ausgefüllt werden. Bitte benutzen Sie Druckbuchstaben

Maximum age of entry 74.

Maximales Aufnahmealter ist 74.

About you

Antragsteller

Title: <i>Titel:</i>	(Dr/Mr/Mrs/Miss/Ms/Other):
Forename(s): <i>Vorname:</i>	
Surname: <i>Nachname:</i>	
Country of Residence:² <i>Aufenthaltsland:²</i>	
When did you move there? <i>Wann sind Sie dorthin umgezogen?:</i>	
Home country: <i>Heimatland:</i>	
Nationality on passport: <i>Nationalität:</i>	
Date of birth: <i>Geburtsdatum:</i>	
Occupation: <i>Beruf:</i>	
Residential Address:³ <i>Wohnanschrift:³</i>	Postcode: <i>Postleitzahl:</i>
Telephone numbers: (inc. area code) <i>Telefonnummer:</i>	
Mobile number: <i>Mobilfunknummer:</i>	
E-mail address: <i>E-mail Adresse:</i>	
Start date: <i>Versicherungsbeginn:</i>	<i>(We cannot backdate cover under any circumstances)</i> <i>(Wir können den Versicherungsbeginn unter keinen Umständen rückdatieren)</i>

²Your country of residence will determine the value of Insurance Premium Tax that is added to your premium. Please speak to your adviser or contact us if you are unsure whether your premium will be affected. ² *Ihr Aufenthaltsland bestimmt die Höhe der zu zahlenden Versicherungssteuer. Bitte sprechen Sie mit Ihrem Berater oder kontaktieren Sie uns, wenn Sie sich nicht sicher sind, ob Ihr Beitrag davon betroffen ist.*

³All correspondence will be sent to this address unless you have completed the correspondence address details below. It is very important that you tell us immediately of any changes to your contact or personal details. A change in circumstances could affect your cover. ³ *Jegliche Korrespondenz wird an diese Adresse geschickt, sofern Sie nicht nachfolgend eine Korrespondenzanschrift angegeben haben. Es ist sehr wichtig, dass Sie uns Änderungen bezüglich Ihrer Anschrift unverzüglich mitteilen. Eine Änderung könnte Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben.*

Correspondence Address: (if different from above)³ / *Korrespondenzanschrift (falls abweichend von oben)*

Correspondence Address:³ <i>Korrespondenzanschrift:³</i>	Postcode: <i>Postleitzahl:</i>
Telephone numbers: (inc. area code) <i>Telefonnummer:</i>	
Mobile number: <i>Mobilfunknummer:</i>	
E-mail address: <i>E-mail Adresse:</i>	

About your family *Mitversicherte Personen*

Surname: <i>Nachname:</i>	Forename: <i>Vorname:</i>
Date of birth (dd/mm/yyyy): <i>Geburtsdatum (tt/mm/jjjj):</i>	Nationality on passport: <i>Nationalität:</i>
Country of residence: <i>Aufenthaltsland:</i>	Relationship to you: <i>Beziehung zu Ihnen:</i>
Occupation: <i>Beruf:</i>	

continued overleaf >>

The cover you require Ihr gewünschter Versicherungsschutz

Select the area of cover from the descriptions below based upon the location of your country of residence and your home country if you require the option of returning to your home country for treatment. Please see the eligibility section in the Policy Document for restrictions on US Citizens. You and your dependants must have the same area of cover. *Wählen Sie den Geltungsbereich bezogen auf Ihr Aufenthaltsland und Ihr Heimatland, falls Sie für Behandlungen die Option der Rückführung in Ihr Heimatland wünschen. Bitte beachten Sie die Einschränkungen für US Bürger in unseren Annahmerichtlinien. Sie und Ihre Angehörigen müssen denselben Geltungsbereich haben.*

Area 1 – Europe
Bereich 1 – Europa

Area 2 – Worldwide excluding USA
Bereich 2 – Weltweit exkl. USA

Area 3 – Worldwide
Bereich 3 – Weltweit

Please indicate the plan type that you require. Please be sure that you have read the policy summary and details of cover before making your selection to ensure the product meets your requirements. Please contact us if you require copies of these documents. *Bitte wählen Sie Ihren gewünschten Versicherungsschutz. Bitte versichern Sie sich, dass Sie die Bedingungen und Details des Versicherungsschutzes gelesen haben, bevor Sie sich entscheiden, damit das Produkt Ihren Wünschen entspricht. Bitte kontaktieren Sie uns, falls Sie diese Unterlagen benötigen.*

Freedom Platinum

Freedom Gold

Freedom Silber

Excess Selbstbehalt

Do you require an excess?
Wünschen Sie einen Selbstbehalt?

Yes Ja No Nein

If Yes, please choose appropriate selection from the table:
Wenn ja, wählen Sie bitte den entsprechenden SB aus der Tabelle:

Excess Per Year €/£/\$	Premium Reduction %	Please Select
Nil Excess	n/a	<input type="checkbox"/>
50	5%	<input type="checkbox"/>
100	10%	<input type="checkbox"/>
250	15%	<input type="checkbox"/>
500	20%	<input type="checkbox"/>
1000	25%	<input type="checkbox"/>

Note: An excess does not apply to the Dental Benefit.
Hinweis: Der Selbstbehalt bezieht sich nicht auf Zahnbehandlungen.

Doctor's/Medical Practitioner's Details Angaben über Ihren Hausarzt

Please provide the contact details of your family doctor(s) or medical practitioner(s) who last treated you or your family in the last 2 years. Failure to provide this information may cause a delay in processing any claims submitted. *Bitte teilen Sie uns die Kontaktdaten Ihres Hausarztes mit, der Sie und Ihre Familie in den letzten 2 Jahren behandelt hat. Fehlende Angaben hierzu könnten eine Verzögerung bei der Bearbeitung Ihrer Schadenansprüche verursachen.*

Name:
Name:

Hospital/Clinic/Practice:
Krankenhaus/Klinik/Praxis:

Address:
Adresse:

Postcode: *Postleitzahl:*

Telephone number: Fax number:
Telefonnummer: Faxnummer:

Email address:
E-mail Adresse:

Methods of payment Zahlungsinformationen

Euros (€) GB Pounds (£) US Dollars (\$)

1. Credit Card Kreditkarte

Credit Card authorisation form (Mastercard and Visa only) Ermächtigungsf formular für Kreditkarte (nur Mastercard und Visa)

Please complete these instructions if you wish to pay premiums by Credit Card *Bitte füllen Sie die folgenden Felder für die Zahlung per Kreditkarte aus.*

Type of card: Mastercard Visa
Kartentyp:

Payment time period: Monthly *Monatlich* Quarterly *Vierteljährlich* Annually *Jährlich*
Zahlungsfrequenz:

Name on card:
Name auf Kreditkarte:

Card number:
Kartennummer:

Security number: Expiry date:
CVC-Code: Gültig bis:

To Freedom Healthnet Limited *An Freedom Healthnet Limited*

I authorise you, until further notice in writing, to charge my Mastercard/Visa account with unspecified amounts in respect of premiums as and when they become due. *Ich autorisiere Sie, die fälligen Beiträge von meiner Mastercard/Visacard abzubuchen, solange ich dies nicht schriftlich widerrufe.*

Signed: Date:
Unterschrift: Datum:

2. Payment

Payment time period:
Zahlungsfrequenz:

- Monthly** *Monatlich*
(nur per Lastschrift! Bitte
beigefügtes Lastschriftmandat ausfüllen)
- Quarterly** *Vierteljährlich*
- Annually** *Jährlich*

Confirm your email address and we will send you an email invoice via our online payment system (Stripe). If you don't have an email address we will send the invoice by post. Bitte bestätigen Sie Ihre E-Mail-Adresse und wir senden Ihnen eine Rechnung per E-Mail über unser Online-Zahlungssystem (Stripe). Wenn Sie keine E-Mail-Adresse haben, senden wir die Rechnung per Post.

Email address:

E-mail Adresse:

Medizinischer Fragebogen

Es werden keine Leistungen erbracht, für Behandlungen von Leiden, Krankheiten oder Verletzungen (ob diagnostiziert oder nicht), für welche der Antragssteller Medikamente, Beratungen oder Behandlungen erhalten hat oder von welchen der Antragssteller vor Antragsannahme Kenntnis hatte, wenn diese nicht ausführlich in diesem Antrag angeben und von uns akzeptiert wurden. Fehlende oder falsche Angaben können zu einer Kündigung des Vertrages zu einem späteren Zeitpunkt führen.

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen für ALLE Personen aus:

A: Wurde in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Erkrankungen bei Ihnen diagnostiziert, wurden Sie diesbezüglich behandelt oder benötigen Sie fortwährende medikamentöse Behandlungen?:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Krebs, Tumore, Knoten oder Wucherungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzkrankheiten, rheumatisches Fieber, Schmerzen in der Brust oder Kreislaufprobleme? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bluterkrankungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Atemwegserkrankungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bauch-/ Verdauungsstörungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Harnwegserkrankungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Erkrankungen des Nervensystems? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gynäkologische Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hals-, Nasen-und Ohren-Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Neurologische oder psychische Störungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Augenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Jegliche Operationen oder spezielle Untersuchungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

B: Wurden Sie jemals für den Gebrauch von Drogen oder Alkohol behandelt oder wurde Ihnen zu einer solchen Behandlung geraten? Wurde Ihnen geraten die Menge des getrunkenen Alkohols zu reduzieren oder wurden Sie wegen eines Drogendelikttes verurteilt?

- Ja Nein

C: Wurde in den letzten 5 Jahren eine Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Klinik mit Tests oder Röntgen durchgeführt oder angeraten oder wurde irgendeine Behandlung oder Operation durchgeführt, die nicht auf diesem Fragebogen genannt ist?

- Ja Nein

D: Haben Sie Kenntnis von irgendwelchen notwendigen Tests oder Behandlungen bei Ärzten oder Spezialisten in den nächsten 2 Jahren?

- Ja Nein

E: Haben Sie Erkrankungen, Fehlbildungen oder Behinderungen, die Sie noch in keiner Frage auf diesem Fragebogen beantwortet haben?

- Ja Nein

F: Wurden Sie je bei einer Lebens- oder Krankenversicherung abgelehnt? (auch Ablehnung auf Vertragsverlängerung)?

- Ja Nein

G: Haben Sie sich einem chirurgischen Eingriff unterzogen oder Grund zu der Annahme, dass ein solcher Eingriff in der Zukunft erforderlich sein wird?

- Ja Nein

Falls eine der zu versichernden Personen eine der obigen Fragen mit "Ja" beantwortet hat, geben Sie uns bitte ausführliche Informationen. Bitte beachten Sie: Sie sollten alle Beschwerden oder Symptome darlegen, auch wenn diese nicht in dem obigen Fragebogen genannt wurden.

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

Unterschrift Antragssteller

Name des Antragstellers:	
Details von Beschwerde/Symptom oder erhaltenen Medikament/ Behandlung. Bitte nennen Sie den Zeitraum:	
Erstes Auftreten des Symptoms:	
Details der erforderlichen andauernden Behandlung, Medikation oder Tests:	
Bitte nennen Sie den Zeitraum:	

Name des Antragstellers:	
Details von Beschwerde/Symptom oder erhaltenen Medikament/ Behandlung. Bitte nennen Sie den Zeitraum:	
Erstes Auftreten des Symptoms:	
Details der erforderlichen andauernden Behandlung, Medikation oder Tests:	
Bitte nennen Sie den Zeitraum:	

Name des Antragstellers:	
Details von Beschwerde/Symptom oder erhaltenen Medikament/ Behandlung. Bitte nennen Sie den Zeitraum:	
Erstes Auftreten des Symptoms:	
Details der erforderlichen andauernden Behandlung, Medikation oder Tests:	
Bitte nennen Sie den Zeitraum:	

Name des Antragstellers:	
Details von Beschwerde/Symptom oder erhaltenen Medikament/ Behandlung. Bitte nennen Sie den Zeitraum:	
Erstes Auftreten des Symptoms:	
Details der erforderlichen andauernden Behandlung, Medikation oder Tests:	
Bitte nennen Sie den Zeitraum:	

If you require additional space, please attach a separate sheet.

Verwendung von persönlichen Informationen

Persönliche Informationen, welche auf diesem Antragsformular angegeben werden, verwenden wir um Ihre Versicherungspolice zu verwalten. Dazu gehört das Underwriting Ihrer Versicherungspolice, um zu entscheiden, welche Deckung wir Ihnen anbieten können, Ihre Policen zu verwalten, Ihre Ansprüche zu bearbeiten und Betrug zu erkennen und zu verhindern.

Personenbezogene Daten werden möglicherweise an Dritte weitergegeben, die uns bei der Verwaltung Ihrer Versicherungspolice unterstützen. Wir werden gegebenenfalls personenbezogene Daten an zuständige Aufsichtsbehörden, an Ihrer Behandlung beteiligte medizinische Fachkräfte und in Ihrem Namen handelnde Vertreter freigeben.

Die Art und Weise, wie wir personenbezogene Daten verwenden, wird in unserer Datenschutzrichtlinie erläutert, die sich auf unserer Website unter www.freedomhealthinsurance.co.uk/privacy-policy befindet.

Sie können uns auch um die Übersendung einer Kopie bitten.

Marketing-Entscheidungen

Von Zeit zu Zeit möchten wir Sie über Produkte und Dienstleistungen informieren, die für Sie von Interesse sein könnten. Wenn Sie diese Informationen erhalten möchten, kreuzen Sie bitte dieses Kästchen an. Sie können dieses jederzeit abbestellen, indem Sie uns unter dataprotection@freedomhealthinsurance.co.uk kontaktieren.

Use of personal information

Personal information given on this application form will be used to administer your insurance policy. This includes underwriting your policy to decide what cover we can offer, administering your policy and handling claims, and helping to detect and prevent fraud.

Personal information may be shared with third parties that help us administer your policy. We may also share personal information with regulatory bodies, medical professionals involved in your treatment, and any broker acting on your behalf.

The way we use personal information is explained in our Privacy Policy which is on our website at freedomhealthinsurance.co.uk/privacy-policy. Alternatively you can ask us for a copy.

Marketing choices

From time to time, we would like to tell you about products and services that may be of interest to you. If you would like to receive this information, please tick this box. You can unsubscribe at any time by contacting us at dataprotection@freedomhealthinsurance.co.uk.

ERKLÄRUNG*

Ich / Wir beantrage(n) hiermit, unter der ausgewählten Worldwide Freedom Healthnet Versicherungspolice, zusammen mit den in diesem Antrag aufgeführten Familienangehörigen, versichert zu werden. ICH/Wir erkläre(n), nach meinem bestem Wissen und Gewissen, dass die Angaben in diesem Antragsformular und alle zusätzlich eingereichten Informationen, die im Rahmen dieses Antrags zur Verfügung gestellt werden, vollständig und richtig sind. Wenn Sie bei der Beantwortung von Fragen nicht mit der gebotenen Sorgfalt vorgegangen sind, kann dies dazu führen, dass Ihr Antrag abgelehnt wird oder dass Ihre Vertragsbedingungen geändert werden oder Ihre Vertragsdeckung gekündigt wird. Ich / Wir werde(n) die Versicherungsbedingungen nach Erhalt lesen; ich stimme zu, dass ich und alle in diesem Antrag angegebenen Personen ausschließlich an die Richtlinien der allgemeinen Geschäftsbedingungen gebunden sind. Es wird vereinbart, dass diese Erklärungen und Informationen in diesem Antrag, die Grundlage des Vertrages zwischen mir, meinen Angehörigen und Freedom Healthnet Ltd bilden. Ich / Wir verstehe(n) und akzeptieren die Informationen im Underwriting-Bereich der Worldwide-Broschüre. Ich / Wir verstehe(n), dass dieser Antrag von Freedom Healthnet Limited genehmigt werden muss und dass die bereitgestellten medizinischen Informationen dazu führen können, dass ein Ausschluss vereinbart wird oder Freedom Healthnet Limited unter bestimmten Umständen keine Deckung anbieten kann. Ich ermächtige und beauftrage den in diesem Antrag genannten Arzt und / oder jede andere medizinische Einrichtung, einschließlich aller anderen medizinischen Fachkräfte, die mich oder einen meiner Angehörigen untersucht/behandelt haben, Informationen an Freedom Healthnet Limited zu erteilen, die sie im Zusammenhang mit einem Erstattungsantrags im Rahmen dieses Versicherungsplans benötigen. Ich akzeptiere, dass wenn ich die Informationen, die im Bereich der ärztlichen Auskunft erforderlich sind, nicht zur Verfügung stelle, im Falle eines Erstattungsantrages von mir oder einem meiner Angehörigen, welcher im Rahmen dieses Versicherungsplans geltend gemacht wird, der als Vorerkrankung angesehen werden könnte oder mit einer Vorerkrankung im Zusammenhang stehen könnte, von Freedom Healthnet Limited eine Ablehnung erhalten könnte.

* Die Deutsche Übersetzung gilt nur zum besseren Verständnis. Die englische Fassung hat Rechtsgültigkeit.

Declaration

I/We hereby apply to be covered under the selected Freedom Healthnet Worldwide Policy together with the dependants listed in this application. I/We declare that the statements made on this application form and any additional information supplied as part of this application is full and accurate. Failure to take reasonable care in answering any questions may result in claims being declined, your or any applicants underwriting terms being changed or the cover being cancelled. I/We shall read the Policy documents when I receive them and agree that I, and any other dependants included in this application, will be bound exclusively by the terms and conditions of the Policy. This agreement shall constitute the entire agreement between the parties. I/We understand and accept the information provided in the underwriting section of the Worldwide brochure. I/We understand that this application is subject to acceptance by Freedom Healthnet Limited and the medical information provided may result in Policy endorsement(s) being applied or in some circumstances Freedom Healthnet Limited being unable to offer cover. I authorise and request the doctor named in this application and/or any other medical establishment, including any other health professional who has attended me and any of my dependants included under this plan for treatment of a medical condition, to provide Freedom Healthnet Limited with the information they may need in connection to any claim made under this plan. I accept, if I do not provide the information required in the medical practitioner section that, in the event of a claim being made by me, or any of my dependants included under this plan, which is deemed as being treatment for a pre-existing medical or related medical condition by Freedom Healthnet Limited such claim will be rejected.

Freedom Health Insurance bietet Produkte auf dem deutschen Markt gemäß EU-Vermittlerrichtlinie an. Um jeden Zweifel auszuschließen, Produkte von Freedom Health Insurance sind kein Ersatz für eine deutsche Krankenversicherungspflicht (Versicherungsaufsichtsgesetz - Insurance Supervision Act - VAG)

Signed:
Unterschrift:

Date:
Datum:

(For office use only)

Agent/Broker Name:

FinanzSchneiderei

Agent/Broker Number:

INT0410

Freedom Health Insurance
County Gates House
300 Poole Road
Poole
Dorset BH12 1AZ
Großbritannien

T. +44 1202 756350
F. +44 1202 756351
E. info@freedomhealthinsurance.de
W. www.freedomhealthinsurance.co.uk



SEPA Lastschrift-Mandat

Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers DE16ZZZ00001941136

Ich/Wir ermächtige/n Freedom Healthnet Ltd, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir unser Kreditinstitut an, die von Freedom Healthnet Ltd auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/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.

Meine/Unsere Rechte zu diesem Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/wir bei meinem/unserem Kreditinstitut anfordern kann/können.

Bitte alle Felder ausfüllen

Mandatsreferenz

Mandatsreferenz Versicherungsnummer	
Freedom Healthnet Ltd.	Bitte beachten Sie, dass die Referenz ' Stripe Payments Europe Ltd ' auf Ihrem Bankkonto erscheinen wird.
Zahlungsart	<input type="checkbox"/> wiederkehrende Zahlungen <input type="checkbox"/> einmalige Zahlung

Identifikation des Zahlungspflichtigen

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen	
--	--

IBAN und BIC (finden Sie in Ihren Kontoauszügen)

IBAN des Zahlungspflichtigen	
BIC Bankleitzahl des Zahlungspflichtigen	

Datum (TT/MM/JJJJ)	
Unterzeichnet von	
Unterschrift(en)	

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.