



Unterlagen zum Abschluss einer Europäischen Krankenversicherung bei der Foyer Global Health

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, unterzeichnen und eine Passkopie beilegen

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

➤ Antrag auf Krankenversicherung

Hinweis: Wir können Ihren Antrag nur dann prüfen und bearbeiten, wenn er vollständig ausgefüllt bei uns eingereicht wurde.

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen dieses Formulars die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers ([Foyer Global Health Conditions](#)), die Besonderen Bedingungen sowie die Bedingungen für medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen. Großgeschriebene Begriffe, die hier verwendet und nicht anderweitig definiert werden, haben die Bedeutung, die ihnen im Glossar als Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den Besonderen Bedingungen zugewiesen wird.

Nachdem ich die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Besonderen Bedingungen und die Bedingungen für medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen gelesen und verstanden habe, beantrage ich hiermit eine Krankenversicherung für die unten aufgeführten Versicherten.

1 Angaben des Versicherungsnehmers

- Ich handle ausschließlich als Versicherungsnehmer (ich bin keine Versicherte Person)
 Ich handle sowohl als Versicherungsnehmer als auch als Versicherte Person (ich bin Versicherte Person 1)

Gewünschter **Beginn des Versicherungsschutzes** (tt/mm/jjjj): ____-____-____

Anrede **Vorname** **Nachname** (inkl. Titel)

Geschlecht M W **Geburtsdatum** (tt/mm/jjjj) ____-____-____ **Berufliche Tätigkeit**

Adresse **Korrespondenzadresse**

Kontaktdaten +

Nationalität(en)

Aktuelles Wohnsitzland

Aufenthaltsland (zukünftig) **Aufenthaltsort (zukünftig)**

Vertragsprache (der gesamte Schriftverkehr/die Dokumente werden in dieser Sprache übermittelt)

- Englisch Französisch Deutsch

2 Angaben der Versicherten Person(en)

Versicherte Person 2

Falls abweichend von Person 1: Gewünschter Beginn des Versicherungsschutzes (tt/mm/jjjj): ____ / ____ / ____

Anrede **Vorname** **Nachname** (inkl. Titel)

Geschlecht M W **Geburtsdatum** (tt/mm/jjjj) ____ / ____ / ____ **Berufliche Tätigkeit**

Adresse Wie Person 1 **Korrespondenzadresse** Wie Person 1

Kontaktdaten Wie Person 1 +

Nationalität(en)

Aktuelles Wohnsitzland

Aufenthaltsland (zukünftig) **Aufenthaltsort (zukünftig)**



Versicherte Person 3

Falls abweichend von Person 1: Gewünschter Beginn des Versicherungsschutzes (tt/mm/jjjj): ___ / ___ / _____

Anrede Vorname Nachname (inkl. Titel)

Geschlecht M W Geburtsdatum (tt/mm/jjjj) ___ / ___ / _____ Berufliche Tätigkeit

Adresse Wie Person 1 Korrespondenzadresse Wie Person 1

Kontaktdaten Wie Person 1  + 

Nationalität(en)

Aktuelles Wohnsitzland

Aufenthaltsland (zukünftig) Aufenthaltsort (zukünftig)

Versicherte Person 4

Falls abweichend von Person 1: Gewünschter Beginn des Versicherungsschutzes (tt/mm/jjjj): ___ / ___ / _____

Anrede Vorname Nachname (inkl. Titel)

Geschlecht M W Geburtsdatum (tt/mm/jjjj) ___ / ___ / _____ Berufliche Tätigkeit

Adresse Wie Person 1 Korrespondenzadresse Wie Person 1

Kontaktdaten Wie Person 1  + 

Nationalität(en)

Aktuelles Wohnsitzland

Aufenthaltsland (zukünftig) Aufenthaltsort (zukünftig)



3 Tarifstufe und Region

Person	Tarifstufe <small>(Essential, Special und Exclusive)</small>	Zusätzliche Assistance*	Region	Beitrag (monatlich)
1	<input type="checkbox"/> Essential <input type="checkbox"/> Special <input type="checkbox"/> Exclusive Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> 0€ <input type="checkbox"/> 250€ <input type="checkbox"/> 500€ <input type="checkbox"/> 1000€	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weltweit <input type="checkbox"/> Weltweit exkl. USA	_____ EUR
2	<input type="checkbox"/> Essential <input type="checkbox"/> Special <input type="checkbox"/> Exclusive Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> 0€ <input type="checkbox"/> 250€ <input type="checkbox"/> 500€ <input type="checkbox"/> 1000€	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weltweit <input type="checkbox"/> Weltweit exkl. USA	_____ EUR
3	<input type="checkbox"/> Essential <input type="checkbox"/> Special <input type="checkbox"/> Exclusive Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> 0€ <input type="checkbox"/> 250€ <input type="checkbox"/> 500€ <input type="checkbox"/> 1000€	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weltweit <input type="checkbox"/> Weltweit exkl. USA	_____ EUR
4	<input type="checkbox"/> Essential <input type="checkbox"/> Special <input type="checkbox"/> Exclusive Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> 0€ <input type="checkbox"/> 250€ <input type="checkbox"/> 500€ <input type="checkbox"/> 1000€	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weltweit <input type="checkbox"/> Weltweit exkl. USA	_____ EUR

Gesamtbetrag ** für alle Versicherten: _____ EUR

* Der monatliche Beitrag für das zusätzliche Assistance Paket beträgt 5 Euro. Dieser Betrag ist beim monatlichen Versicherungsbeitrag mit einzurechnen.

** Ich bin darüber informiert, dass je nach Aufenthaltsland, zum Beitrag noch zusätzliche Steuern und Gebühren anfallen können.

4 Angaben zum Gesundheitszustand der Versicherten Person(en)

Moratorium (Versicherungsschutz ist nur möglich, wenn alle Versicherten Personen zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des vorliegenden Antragsformulars höchstens 55 Jahre alt sind).

Ich bin nicht verpflichtet, die nachstehenden Gesundheitsfragen auszufüllen und verstehe, dass Vorerkrankungen und damit zusammenhängende Erkrankungen nicht durch den Versicherungsvertrag abgedeckt sind oder nur mit einer Wartezeit von mindestens 24 Monaten abgedeckt werden können.

Sollte der Platz für Ihre Antworten nicht ausreichen, verwenden Sie bitte die Tabelle auf der nächsten Seite.

	1	2	3	4
4.1 Bitte geben Sie Ihre Größe und ihr Gewicht an.	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg			
4.2 Haben Sie derzeit irgendwelche Beschwerden, Krankheiten oder chronische Leiden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
4.3 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, bitte auf der Folgeseite angeben.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
4.4 Haben Sie eine Behinderung? Wenn ja, geben Sie bitte den festgestellten Grad der Behinderung an.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
4.5 Bestehen Gebrechen, Anomalien oder werden Prothesen oder Implantate getragen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
4.6 Waren Sie in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Krankenhaus, einem Sanatorium oder einer anderen medizinischen Einrichtung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
4.7 Hatten Sie in den letzten 3 Jahren gesundheitliche Beschwerden, Krankheiten oder Gesundheitsprobleme infolge eines Unfalls (auch wenn Sie nie behandelt wurden)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			



4.8 Waren Sie in den letzten 3 Jahren in medizinischer Behandlung, aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls oder psychischer Probleme? (Vorsorgeuntersuchungen bitte nicht angeben).

Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein

4.9 Beabsichtigen Sie, sich notwendigen Behandlungen, medizinischen Behandlungen oder Operationen zu unterziehen, oder wurde Ihnen dazu geraten (einschließlich Zahnbehandlungen, Zahnersatz oder kieferorthopädischen Behandlungen)?

Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein

4.10 Sind Sie derzeit schwanger?
Wenn ja, wann ist der voraussichtliche Geburtstermin?

Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein

4.11 Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion diagnostiziert?

Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein

4.12 Tragen Sie eine Sehhilfe (Brille oder Kontaktlinsen)?
• Dioptrie auf dem rechten Auge:
• Dioptrie auf dem linken Auge:

Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein

4.13 Fehlen Ihnen Zähne (mit Ausnahme von Weisheitszähnen), die noch nicht ersetzt wurden?
Anzahl der fehlenden Zähne:

Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein

Bitte machen Sie weitere Angaben zu den Fragen, die Sie mit "Ja" beantwortet haben. Bitte beantworten Sie jeweils auch die folgenden Fragen:

- Wie lautete die Diagnose? Wann wurde diese festgestellt? In welchem Zeitraum wurde diese behandelt, ist diese andauernd?
- Bitte geben sie den behandelnden Leistungserbringer inklusive Adresse an.
- Welche Medikamente oder medizinische Behandlung sind/waren notwendig?

Sollte der Platz für Ihre Antworten nicht ausreichen, verwenden Sie bitte ein separates Blatt und fügen Sie es diesem Antragsformular bei. Separates Blatt beigefügt?

Ja Nein

Person	Frage Nr.	Art der Krankheit, des Gesundheitsproblems, des Leidens (bitte geben Sie die genaue Diagnose an); Name des verschriebenen Medikaments oder der medizinischen Behandlung (falls bekannt)	Dauer der Behandlung	Behandelnder Arzt, Krankenhaus (Name und Adresse)	Sind weitere Behandlungen geplant?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Von ___/___/____ Bis ___/___/____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Von ___/___/____ Bis ___/___/____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Von ___/___/____ Bis ___/___/____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Von ___/___/____ Bis ___/___/____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Von ___/___/____ Bis ___/___/____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Von ___/___/____ Bis ___/___/____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Von ___/___/____ Bis ___/___/____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



5 Bestand oder besteht eine gesetzliche oder private Krankenversicherung bei einem anderen Versicherer, oder haben Sie eine beantragt?

Bitte geben Sie alle privaten oder gesetzlichen Krankenversicherungen der letzten **3 Jahre** an.

	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
▶ Name und Adresse des Unternehmens	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
▶ Dauer	Von _____ Bis _____	Von __/__/____ Bis __/__/____	Von __/__/____ Bis __/__/____	Von __/__/____ Bis __/__/____

6 Beitragszahlungen

Bei Zahlung eines Halbjahresbeitrages im Voraus gewährt der Versicherer einen Rabatt von 2% auf den Beitrag; im Falle der Zahlung eines Jahresbeitrages beträgt der Rabatt 3%.

A) Zahlweise

monatlich (nur bei Bankeinzug oder Kreditkarte möglich) vierteljährlich halbjährlich jährlich

B) Zahlungsform

Banküberweisung - nur möglich bei vierteljährlicher, halbjährlicher oder jährlicher Zahlung.

Kreditkarte

Mit Ihrem Willkommenspaket erhalten Sie einen Link zu einer sicheren Webseite, auf der Sie aufgefordert werden, Ihre Kreditkartendaten einzugeben, um Ihren Versicherungsschutz zu aktivieren.

Bankeinzug SEPA

Bitte füllen Sie das SEPA-Lastschriftmandat (Seite 7) aus und senden Sie es zusammen mit dem Antragsformular zurück.

7 Erstattungskonto

Geben Sie bitte ein Bankkonto an, auf welches wir die erstattungsfähigen Leistungen überweisen können, falls bereits vorhanden.

Kontoinhaber Bank

Kontonummer Filialen-Nr. (BLZ)

Adresse (Postanschrift / Postleitzahl / Ort und Land)

Swift (BIC) - Code Währung

IBAN



8 Sondervereinbarungen (vorbehaltlich der schriftlichen Genehmigung des Versicherers)

9 Vermittler

▶ Name des Vermittlers

▶ Vermittlernummer

10 Vertragsgrundlage und Erklärung des Versicherungsnehmers und der Versicherten Person

Dieses Antragsformular verpflichtet weder den Versicherungsnehmer noch den Versicherer zu einem Vertragsabschluss. Die Unterzeichnung des Antragsformulars bewirkt nicht, dass der Versicherungsschutz und die damit verbundenen Leistungen in Kraft treten oder wirksam werden. Um Schadensersatz zu vermeiden, ist der Versicherer verpflichtet, dem Versicherungsnehmer innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt des Antragsformulars entweder ein Angebot zum Versicherungsabschluss zu unterbreiten oder ihm mitzuteilen, dass der Versicherer den Abschluss der Versicherung von weiteren Nachforschungen (insbesondere in Form zusätzlicher medizinischer Kontrollen) abhängig macht oder den Abschluss der Versicherung ablehnt.

Das vorliegende Antragsformular und die medizinischen Angaben, die auf dem beigefügten Gesundheitsfragebogen gemacht und dem Versicherer übermittelt wurden, dienen als Grundlage für den Versicherungsvertrag und sind Bestandteil desselben.

Der Versicherungsnehmer und die Versicherte Person sind verpflichtet, alle in diesem Antragsformular enthaltenen Fragen nach bestem Wissen und Gewissen zu beantworten. Jede Änderung der in diesem Antragsformular gemachten Angaben, und insbesondere jede Änderung des Gesundheitszustandes, die zwischen der Unterzeichnung dieses Antragsformulars und dem Abschluss des Versicherungsvertrags eintreten können, sowie alle ärztlichen Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen, die zwischen der Unterzeichnung dieses Antragsformulars und dem Abschluss des Versicherungsvertrags verschrieben oder durchgeführt werden (einschließlich derjenigen, die zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Antragsformulars beabsichtigt oder empfohlen waren), und jede Änderung der beruflichen Tätigkeit des Versicherungsnehmers und der Versicherten Person müssen dem Versicherer unverzüglich schriftlich mitgeteilt werden.

Um den Versicherer in die Lage zu versetzen, den Kundenservice zu erbringen, die versicherten Risiken zu bewerten und zu akzeptieren, die Leistungen auszuführen und alle anderen Handlungen im Zusammenhang mit der Durchführung, Verwaltung und Abwicklung des Versicherungsvertrags vorzunehmen, ermächtigen und beauftragen die Versicherten Personen (oder die gesetzlichen Vertreter von Minderjährigen Versicherten Personen) den Versicherer ausdrücklich, jederzeit von den medizinischen Stellen, welche die Versicherte Person beraten oder behandeln, weitere Informationen über Krankheiten, Körperverletzungen oder frühere und bestehende Leiden der Versicherten Person einzuholen, solange der Versicherungsvertrag in Kraft ist. Diese Ermächtigung und Anweisung bleiben über den Tod der Versicherten Person hinaus wirksam.



11 Ausdrückliche Zustimmung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten

Mit der Unterzeichnung dieses Antragsformulars gibt die Versicherte Person und/oder der Versicherungsnehmer ("Sie" oder die "betroffenen Personen") ausdrücklich ihr Einverständnis zur Verarbeitung der von ihnen in diesem Antragsformular und im Rahmen der Durchführung der Versicherungspolice angegebenen Gesundheitsdaten (die "Gesundheitsdaten") durch den Versicherer, gemäß den Bestimmungen der EU-Verordnung Nr. 2016/679 vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (die "DSGVO") und allen anwendbaren Datenschutzgesetzen, einschließlich aber nicht beschränkt auf das Gesetz vom 1. August 2018 über die Organisation der Nationalen Kommission für Datenschutz und die Umsetzung der DSGVO in der jeweils geänderten oder ersetzten Fassung (zusammen "Datenschutzgesetz").

Die Gesundheitsdaten können auch von den Datenempfängern der für die Verarbeitung Verantwortlichen (die "Empfänger") verarbeitet werden, bei denen es sich, im Zusammenhang mit den vorgenannten Zwecken, um die unter dem Link <https://www.foyerglobalhealth.com/de/allgemeine-und-spezielle-bedingungen-unserer-produkte/> aufgeführten Parteien handeln kann.

Es liegt in Ihrem Ermessen, die Übermittlung der Gesundheitsdaten an den Verantwortlichen für Verarbeitung zu verweigern. In diesem Fall können Sie jedoch möglicherweise nicht in den Genuss des Versicherungsvertrags kommen, wenn diese Gesundheitsdaten für den Abschluss des Versicherungsvertrags erforderlich sind, und/oder die Erbringung der Versicherungsleistungen kann beeinträchtigt werden, wenn die Gesundheitsdaten für die Durchführung oder Erfüllung des Versicherungsvertrags erforderlich sind.

Die Gesundheitsdaten können auch von den Datenempfängern des für die Verarbeitung Verantwortlichen (die "Empfänger") verarbeitet werden, bei denen es sich im Zusammenhang mit den vorgenannten Zwecken um Rückversicherer sowie sonstige Dritte, die die Tätigkeiten des für die Verarbeitung Verantwortlichen unterstützen handeln kann. Die Empfänger können in eigener Verantwortung die Gesundheitsdaten an ihre Bevollmächtigten und/oder Beauftragten (die "Unterempfänger") weitergeben, die die Gesundheitsdaten ausschließlich zu dem Zweck verarbeiten, die Empfänger bei der Erbringung ihrer Dienstleistungen für den Data Controller zu unterstützen und/oder die Empfänger bei der Erfüllung ihrer eigenen rechtlichen Verpflichtungen zu helfen.

Die Empfänger und Unterempfänger müssen ihren Sitz innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) haben.

Die Empfänger und Unterempfänger können die Gesundheitsdaten je nach Fall als Datenverarbeiter (bei der Verarbeitung der Gesundheitsdaten im Namen und auf Anweisung des für die Verarbeitung Verantwortlichen und/oder der Empfänger) oder als eigenständig für die Verarbeitung Verantwortliche (bei der Verarbeitung der Gesundheitsdaten für ihre eigenen Zwecke, insbesondere zur Erfüllung ihrer eigenen rechtlichen Verpflichtungen) verarbeiten.

Sie haben das Recht, Ihre Zustimmung jederzeit zu widerrufen. In diesem Fall kann jedoch von Ihnen verlangt werden, von der Versicherung zurückzutreten. Sie haben außerdem das Recht, (i) auf Ihre Gesundheitsdaten zuzugreifen, (ii) Ihre Gesundheitsdaten zu berichtigen, wenn sie unzutreffend oder unvollständig sind, (iii) der Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten zu widersprechen, (iv) die Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten einzuschränken, (v) die Löschung Ihrer Gesundheitsdaten zu verlangen und (vi) die Übertragbarkeit Ihrer Gesundheitsdaten zu beantragen. Sie können die oben genannten Rechte ausüben, indem Sie sich schriftlich an den eingetragenen Sitz des für die Verarbeitung Verantwortlichen unter folgender E-Mail-Adresse wenden: dataprotectionofficer@foyer.lu. Sie haben auch das Recht, eine Beschwerde bei der Commission Nationale pour la Protection des Données oder bei einer zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde Ihres EU-Wohnsitzmitgliedstaats einzureichen.

Mit der Unterzeichnung dieses Antragsformulars gibt die versicherte Person und/oder der Versicherungsnehmer ("Sie" oder die "betroffenen Personen") ausdrücklich ihre Zustimmung zu dem beigefügten Datenschutzdokument.

12 Unterschrift(en)

Datum und Ort

..... in

Unterschrift der Versicherten Person 1, wenn er/sie nicht der Versicherungsnehmer ist (vollständiger Name), des gesetzlichen Vertreters (falls zutreffend)

Unterschrift der Versicherten Person 3, wenn er/sie nicht der Versicherungsnehmer ist (vollständiger Name), des gesetzlichen Vertreters (falls zutreffend)

Unterschrift des Versicherungsnehmers (vollständiger Name)

Unterschrift der Versicherten Person 2, wenn er/sie nicht der Versicherungsnehmer ist (vollständiger Name), des gesetzlichen Vertreters (falls zutreffend)

Unterschrift der Versicherten Person 4, wenn er/sie nicht der Versicherungsnehmer ist (vollständiger Name), des gesetzlichen Vertreters (falls zutreffend)



Kernmandat

Europäisches Lastschriftverfahren / SEPA-Lastschriftverfahren

Bitte zurücksenden an:



policy@foyerglobalhealth.com



Foyer Santé S.A., Comptabilité Clients
12 rue Léon Laval; L-3372 LEUDELANGE

Mandatsreferenz

LFS -

Angaben zum Gläubiger (A)

Identifikationsnummer

L U 7 3 Z Z Z 0 0 0 0 0 0 0 0 6 3 9 9 0 0 2 0 0 8

Name des Gläubigers

FOYER SANTE S.A.

Adresse

12, RUE LEON LAVAL, L-3372 LEUDELANGE

Art der Zahlung

Regelmäßige Zahlung

Angaben zum Kontoinhaber (B)

Name des Versicherungsnehmers

Adresse

Name des Kontoinhabers

Adresse (Wenn sie sich von der des
Versicherungsnehmers unterscheidet)

Kontonummer - **IBAN**

Swift **BIC**

Angaben zum Schuldner. Vollständige Anschrift nur, wenn abweichend vom Kontoinhaber: Wenn der Kontoinhaber eine Zahlung im Rahmen einer Vereinbarung zwischen dem Gläubiger und einer anderen Person leistet (z. B. wenn der Kontoinhaber die Rechnung dieser anderen Person bezahlt), geben Sie hier bitte die Anschrift der anderen Person an.

Name des Schuldners

Adresse

UNTERSCHRIFT(EN)

Datum und Ort

..... in

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt der Kontoinhaber (B) den Gläubiger (A), die Bank des Kontoinhabers anzuweisen, das oben angegebene Konto des Kontoinhabers zu belasten, und die Bank des Kontoinhabers, das Konto des Kontoinhabers gemäß den Anweisungen des Gläubigers zu belasten. Der Kontoinhaber hat das Recht, von der Bank des Kontoinhabers gemäß den Bedingungen, die in der Vereinbarung des Kontoinhabers mit seiner Bank festgelegt sind, eine Rückerstattung zu erhalten, die innerhalb von acht Wochen nach der Belastung des Kontos des Kontoinhabers eingefordert werden muss.



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.