

# Evolution Health Plan

## Evolution Gesundheitsplan

Moratorium

morganprice international 

Vermittlernummer MPNA264



Bitte zurück an:  
per Fax 0211-21097513 oder  
info@cp-finanz.de

## Application form

**Please complete this form and return it to your agent/insurance broker.** It is important that you complete this form fully. Failure to do so may result in the form being returned to you for completion. All proposals are reviewed prior to acceptance and therefore no cover shall be granted until confirmation is provided.

## Antragsformular

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und schicken Sie es an Ihren Agenten/Versicherungsvertreter zurück. Es ist wichtig, dass Sie dieses Formular vollständig ausfüllen. Ist das nicht der Fall, kann das Formular zum vollständigen Ausfüllen an Sie zurückgeschickt werden. Alle Anträge werden vor der Annahme geprüft und deshalb besteht kein Versicherungsschutz bis eine Bestätigung der Annahme vorliegt.

1

### Your personal details Persönliche Daten

Title Anrede	Forename(s) Vorname(n)	Surname Nachname	
Date of birth Geburtsdatum	Gender Geschlecht	Height Größe	Weight Gewicht
Overseas address Adresse im Ausland			Post/Zip code Postleitzahl
Phone Telefon	Mob Händynummer	Email	
Home address Heimatadresse			Post/Zip code Postleitzahl
Occupation Beruf	Nationality Staatsangehörigkeit		
Country of residence Wohnsitzland	Home country (for which you have a passport) Herkunftsland (für das Sie einen Reisepaß besitzen)		
How long have you been resident in your country of residence (years/months)? Wie lange sind Sie schon in Ihrem Wohnsitzland (Jahre/Monate)?			

2

### Cover required Erforderlicher Versicherungsschutz

Date upon which annual cover to commence, or the date on which your proposal is accepted by insurers, whichever is the later  
Datum, an dem der jährliche Versicherungsschutz beginnen sollte, oder das Datum an dem der Antrag von der Versicherung akzeptiert wird. Es gilt das spätere Datum

Choose your area of cover Versicherungsgebiet	Europe Europa	Worldwide excluding USA, China, Singapore & Hong Kong Weltweit ohne USA, China, Singapur and Hong Kong	Worldwide excluding USA Weltweit ohne USA	Worldwide Weltweit
Choose your level of cover Wählen Sie den Versicherungsgrad Ihres Versicherungsschutzes aus	Premium	Elite	Comprehensive	

**2**

**Cover required — continued**  
**Erforderlicher Versicherungsschutz — fortgesetzt**

Please select the annual excess you wish to apply to your policy Bitte wählen Sie den jährlichen Selbstkostenbeitrag aus, der für Ihre Police gelten soll.	Nil 2500	100 5000	250	500	1000
Please specify the currency in which you wish to pay premiums and receive benefits Bitte wählen Sie die Währung aus in der Sie Ihre Beiträge bezahlen möchten und in der Sie Ihre Versicherungsleistungen erhalten möchten.		US Dollar \$ US Dollar \$		Sterling £ Pfund £	Euro € Euro €
Do you or any of the persons to be included in this proposal, have existing health insurance? Haben Sie oder die anderen Personen, die bei diesem Antrag miteinbezogen werden sollen, bereits eine gültige Krankenversicherung?				Yes Ja	No Nein
If yes, which provider? Wenn Ja, mit welchem Anbieter?					
Have you or any of the people to be included in the proposal, ever been refused cover by an insurance company or been accepted on special terms? <i>(If yes provide details on a separate sheet)</i> Wurde Ihnen oder einer anderen im Antrag genannten Person je Versicherungsschutz durch ein Versicherungsunternehmen verweigert oder unter besonderen Bedingungen angenommen? <i>(Wenn ja, schreiben Sie bitte die Einzelheiten auf einem separateten Blatt auf.)</i>				Yes Ja	No Nein

**3**

**Additional modules**  
**Zusätzliche Module**

Home country evacuation module (120 adult/75 child) Modul Evakuierung ins Heimatland (120 Erwachsener/75 Kind)	
---	--

**4** **Dependants to be included**  
**Angehörige, die mit einbezogen werden sollen**

Full name of dependants Vollständiger Name des Angehörigen	Relationship to proposer Beziehung zum Antragsteller	D.O.B Geburtsdatum	Nationality Nationalität	Gender Geschlecht	Height Größe	Weight Gewicht	Occupation Beruf
---	---	-----------------------	-----------------------------	----------------------	-----------------	-------------------	---------------------

---



---



---



---



---



---

Please provide us with the name and address of your regular personal or family doctor/physician. If you do not have a regular doctor, please give the last doctor you visited and and approximate date. - *If there is a different doctor for each applicant, please provide all details and indicate which physician applies to each applicant.*

**Failure to complete this part will cause a delay in the application and any claims being processed.**

Bitte teilen Sie uns den Namen und die Anschrift Ihres Leib- oder Hausarztes mit. Wenn Sie keinen solchen Arzt haben, geben Sie den Arzt an, den Sie zuletzt besuchten, sowie das ungefähre Datum. – *Falls jeder der Antragsteller einen anderen Arzt hat, teilen Sie uns dies bitte mit zusammen mit der Angabe, welcher Arzt für welchen Antragsteller zuständig ist.*

**Wenn Sie diesen Teil nicht abschließen, kommt es zu einer Verzögerung der Anmeldung und der Bearbeitung von Ansprüchen.**

---

## 5 Moratorium

This policy has a two year moratorium. This means that pre-existing conditions will not be covered during the first two years of the policy. After this a pre-existing condition may be covered if a period of two consecutive years has elapsed since any symptoms, treatment, medication, tests or advice was received for that condition.

Dieser Police hat ein zweijähriges Moratorium. Dies bedeutet, dass während der ersten zwei Jahre der Versicherung kein Versicherungsschutz für Vorerkrankungen besteht. Danach kann für eine Vorerkrankung Deckung bestehen, wenn innerhalb eines Zeitraums von zwei aufeinanderfolgenden Jahren keine Symptome aufgetreten sind und Behandlungen, Medikamente, Untersuchungen oder Beratung für diese Erkrankung nicht notwendig waren.

## 6 Data Protection & General Data Protection Regulations Datenschutz & Allgemeine Datenschutzbestimmungen

The data protection law in the UK will change on 25 May 2018. This paragraph sets out how we process your data and your rights under the new laws, although you should refer to the Morgan Price Privacy Notice at [[www.morgan-price.com/privacy-policy/](http://www.morgan-price.com/privacy-policy/)] for further details.

Das Datenschutzgesetz in Großbritannien wurde am 25. Mai 2018 geändert. Dieser Absatz legt dar, wie wir Ihre Daten verarbeiten und welche Rechte Sie nach dem neuen Gesetz haben. Weitere Einzelheiten finden Sie in der Morgan Price Datenschutzerklärung auf [www.morgan-price.com/privacy-policy/](http://www.morgan-price.com/privacy-policy/).

Morgan Price International Healthcare Ltd together with its insurance partner, Arma Insurance Company is the joint controller and processor of your personal data. We will collect your personal data including but not limited to special categories of Personal Data about you (this includes details about your sex, ethnicity, age, and information about your health and medical conditions). We respect your privacy and we are committed to protecting your personal data.

Die Morgan Price International Healthcare Ltd zusammen mit ihrem Versicherungspartner, Arma Insurance Company, sind gemeinsam Verantwortliche und Auftragsverarbeiter Ihrer personenbezogenen Daten. Wir werden Ihre personenbezogenen Daten sammeln einschließlich aber nicht beschränkt auf besondere Arten personenbezogener Daten über Sie (hierzu zählen Angaben zum Geschlecht, ethnische Herkunft, Alter und Informationen über Ihre Gesundheit und Ihre Erkrankungen). Wir respektieren Ihre Privatsphäre und verpflichten uns zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten.

This notice aims to give you information on how we collect and process your personal data when using our insurance services, including any data you may provide when you purchase our insurance products or services. Personal data, or personal information, means any information about an individual from which that person can be identified. It does not include data where the identity has been removed (anonymous data). Where we need to collect personal data by law, or under the terms of an (insurance) contract we have with you and you fail to provide that data when requested, we may not be able to perform the contract we have or are trying to enter into with you or provide the insurance services to you (for example, to provide you with medical claims insurance services). In this case, we may have to cancel the insurance product or insurance service you have with us but we will notify you if this is the case at the time. We will only use your personal data when the law allows us to. Most commonly, we will use your personal data in the following circumstances:

- Where we need to perform the insurance contract we are about to enter into or have entered into with you;
- Where we need to assess any medical conditions, claims and health data to perform our obligations under the insurance contract;
- Where it is necessary for our legitimate interests (or those of a third party) and your interests and fundamental rights do not override those interests; and;
- Where we need to comply with a legal or regulatory obligation.

Diese Erklärung dient dazu, Sie darüber zu informieren, wie wir Ihre personenbezogenen Daten sammeln und verarbeiten, wenn Sie unsere Versicherungsdienstleistungen nutzen, einschließlich jeglicher Daten, die Sie zur Verfügung stellen, wenn Sie unsere Versicherungsprodukte und -leistungen erwerben. Personenbezogene Daten oder personenbezogene Informationen sind jegliche Angaben über eine natürliche Person, die eine Identifizierung dieser Person ermöglicht. Nicht enthalten sind Daten, bei denen die Identität entfernt wurde (anonyme Daten). Wenn wir gesetzlich oder durch die Bestimmungen des Versicherungsvertrages, den wir mit Ihnen haben, dazu verpflichtet sind, personenbezogenen Daten zu sammeln, und Sie die Daten auf Verlangen nicht vorlegen, werden wir möglicherweise nicht imstande sein, den Vertrag, den wir haben oder versuchen, mit Ihnen abzuschließen, zu erfüllen oder Ihnen Versicherungsleistungen anzubieten (beispielsweise den Schadenservice für Krankenversicherungen). In diesem Fall werden wir möglicherweise, den Vertrag oder Versicherungsservice, den Sie mit uns haben, kündigen müssen. Sollte dies der Fall sein, werden wir Sie zu diesem Zeitpunkt darüber in Kenntnis setzen. Wir verwenden Ihre personenbezogenen Daten nur nutzen, wenn das Gesetz uns dies erlaubt. Am häufigsten werden wir Ihre personenbezogenen Daten unter folgenden Umständen verwenden:

- Wenn wir den Versicherungsvertrag, den wir gerade mit Ihnen abschließen oder abgeschlossen haben, erfüllen müssen;
- Wenn wir zur Erfüllung unserer, sich aus dem Versicherungsvertrag ergebender, Verpflichtungen Erkrankungen, Ansprüche und Gesundheitsdaten beurteilen müssen;
- Wenn es für die Wahrung unserer berechtigten Interessen (oder der Interessen eines Dritten) notwendig ist und Ihre Interessen und Grundrechte diese Interessen nicht überwiegen;
- Wenn wir eine rechtliche oder regulatorische Verpflichtung erfüllen müssen.

**6 Data Protection & General Data Protection Regulations — continued  
Datenschutz & Allgemeine Datenschutzbestimmungen — fortgesetzt**

We will only use your personal data for the purposes of providing insurance products and services unless otherwise indicated to you. We may have to share your personal data with our insurance partners, which may include reinsurers, insurance intermediaries, third party medical claims administrators and other related parties to satisfy our contractual and legal obligations under the insurance contract (policy terms).

Many of our external third parties are based outside the European Economic Area (EEA) so their processing of your personal data will involve a transfer of data outside the EEA. Whenever we transfer your personal data out of the EEA, we ensure a similar degree of protection is afforded to it by ensuring that we use specific contracts approved by the European Commission. We have put in place appropriate security measures to prevent your personal data from being accidentally lost, used or accessed in an unauthorised way, altered or disclosed. In addition, we limit access to your personal data to those employees, agents, contractors and other third parties who have a business need to know. They will only process your personal data on our instructions and they are subject to a duty of confidentiality.

We will only retain your personal data for as long as necessary to fulfil the purposes we collected it for, including for the purposes of satisfying any legal, accounting, or reporting requirements.

Under certain circumstances, you have rights under data protection laws in relation to your personal data. More details of these rights can be found within our Privacy Notice and at [www.ico.org.uk]. These rights include: Request access to your personal data; Request correction of your personal data; Request erasure of your personal data; Object to processing of your personal data; Request restriction of processing your personal data; Request transfer of your personal data and Right to withdraw consent.

Wir verwenden Ihre personenbezogenen Daten nur für die Bereitstellung von Versicherungsprodukten und -leistungen nutzen, sofern es Ihnen gegenüber nicht anders angegeben wurde. Es könnte für uns erforderlich sein, Ihre personenbezogenen Daten mit unseren Versicherungspartnern, zu denen Rückversicherer, Versicherungsvermittler, Drittverwalter medizinischer Ansprüche und andere verbundene Parteien gehören, zu teilen, um unsere vertraglichen und gesetzlichen Pflichten aus dem Versicherungsvertrag (den Versicherungsbedingungen) zu erfüllen.

Viele unserer außenstehender Dritte sind außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) ansässig, so dass deren Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten eine Datenübertragung in Länder außerhalb des EWR umfassen wird. Wann immer wir Ihre personenbezogenen Daten aus dem EWR in Drittländer übermitteln, gewährleisten wir dabei ein vergleichbares Schutzniveau, indem sichergestellt wird, dass wir spezifische, von der Europäischen Kommission genehmigte, Verträge nutzen. Wir haben geeignete Sicherheitsmaßnahmen ergriffen, um versehentlichen Verlust, unberechtigte Nutzung, unbefugten Zugriff sowie Veränderung und Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten zu verhindern. Darüber hinaus begrenzen wir den Zugriff auf Ihre personenbezogenen Daten auf die Mitarbeiter, Vertreter, Auftragnehmer und andere Dritte, die von diesem Kenntnis haben müssen. Sie werden Ihre personenbezogenen Daten nur auf unsere Weisung verarbeiten und sie unterliegen der Schweigepflicht.

Wir werden Ihre personenbezogenen Daten nur solange speichern, wie es notwendig ist, um die Zwecke zu erfüllen, aus denen wir sie gesammelt haben, auch um allen Rechts-, Rechnungslegungs- und Berichterstattungsanforderungen zu entsprechen.

Unter bestimmten Umständen besitzen Sie gemäß den datenschutzrechtlichen Regelungen Rechte in Bezug auf Ihre personenbezogenen Daten. Weitere Einzelheiten zu Ihren Rechten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung und auf [www.morgan-price.com/privacy-policy/]. Diese Rechte umfassen: auf Verlangen Zugang zu Ihrer personenbezogenen Daten; auf Verlangen Berichtigung Ihrer personenbezogenen Daten; auf Verlangen Löschung Ihrer personenbezogenen Daten; Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten; auf Verlangen Beschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten; auf Verlangen Übertragung Ihrer personenbezogenen Daten und das Recht, Ihre Einwilligung zu widerrufen.

## Declaration / Erklärung

- a. I/We have read the policy wording and I/We understand it to be part of the contract of insurance. In particular I/We have read, understand, and accept the definitions, benefits and exclusions of the policy.  
Ich/wir habe/n die Versicherungsbedingungen durchgelesen und ich/wir verstehe/n, dass sie ein Teil des Versicherungsvertrages sind. Insbesondere habe/n ich/wir die Definitionen, Leistungen und Ausschlüsse der Police gelesen, verstanden und akzeptiert.
- b. I/We have read, understand and accept sections 5 and 6 of this proposal.  
Ich/wir habe/n Abschnitt 5 dieses Antrags gelesen, verstanden und akzeptiert.
- c. To the best of my/our knowledge and belief the information given in connection with this proposal, whether in my hand or not, is true and I/we have answered all questions about this policy honestly and fully. I/We also understand that I/we must tell the insurer straight away if anything that I/we have already told the insurer changes. I/We understand that nondisclosure or misrepresentation of any facts may entitle the insurer to void the insurance. This proposal and the information provided contains statements upon which the insurers will rely in deciding whether to accept this insurance and in determining the terms and conditions of such acceptance.  
Die im Zusammenhang mit diesem Antrag gemachten Angaben, egal ob von mir angegeben oder nicht, sind nach bestem Wissen und Gewissen wahr und ich/wir habe/n alle Fragen hinsichtlich der Versicherung ehrlich und vollständig beantwortet. Ich/wir verstehe/n auch, dass ich/wir den Versicherer sofort benachrichtigen muß/ müssen, falls sich etwas, was ich/wir dem Versicherer bereits mitgeteilt habe/n, ändert. Ich/wir verstehe/n, dass das Verschweigen und die falsche Darstellung von Fakten kann den Versicherer dazu berechtigen, vom Vertrag zurückzutreten. Dieser Antrag und die gemachten Angaben beinhalten Aussagen, auf die sich die Versicherer bei der Entscheidung, ob sie die Versicherung annehmen und zu welchen Bedingungen die Annahme erfolgt, verlassen werden.

**6 Data Protection & General Data Protection Regulations — continued**  
**Datenschutz & Allgemeine Datenschutzbestimmungen — fortgesetzt**

- d. I/We understand that the signing of this proposal does not bind me/us to complete, or insurers to accept this insurance.  
 Ich/wir verstehe/n, dass das Unterschreiben dieses Antrags mich/uns nicht dazu verpflichtet, die Versicherung abzuschließen, oder den Versicherer, diese anzunehmen.
- e. If I/We have elected to pay our premium by instalments using credit or debit cards and Morgan Price have agreed to this, I/we authorise Morgan Price to continue to deduct such instalments as and when they become due unless I/we cancel this credit card authorisation by giving at least 14 days notice in writing. I/we understand that if I/we have made a claim, no refund will be due and I/we will have to pay any outstanding instalments due in the current period of cover.  
 Wenn ich/wir mich/uns dazu entschieden habe/n, meine/unsere Beiträge mit einer Debit- oder Kreditkarte in Raten zu zahlen und Morgan Price dem zugestimmt, ermächtige ich Morgan Price, weiter Raten bei Fälligkeit abzubuchen, es sei denn, ich/wir widerrufe/n diese Kreditkartenautorisierung schriftlich mit einer Frist von mindestens 14 Tagen. Ich/wir verstehe/n, dass bei Geltendmachung eines Anspruch eine Rückerstattung nicht erfolgt und dass ich/wir alle noch ausstehenden Raten, die im laufenden Versicherungszeitraum fällig sind, bezahlen muß/ müssen.

Signature of primary applicant  
 Unterschrift des Hauptantragsstellers

Date  
 Datum

7

**Payment method  
Zahlungsmethode**

Please specify how you would like to pay  
Bitte geben Sie an, wie Sie gerne zahlen  
möchten

Annually by credit/debit card  
Jährlich mit Kredit-/Debitkarte  
Semi annual by credit/debit card  
Halbjährlich mit Kredit-/Debitkarte  
Quarterly by credit/debit card  
Vierteljährlich mit Kredit/Debitkarte  
Monthly by credit/debit card  
Monatlich mit Kredit/Debitkarte

Annually by bank transfer  
*- details supplied on request*  
Jährlich mit Banküberweisung  
*- Einzelheiten auf Anfrage*

Monthly by direct debit  
*- only available in the EU on  
Euro policies only*  
Monatlich mit Lastschrift  
*- Nur für die EU-Richtlinien  
verfügbar*

**Additional surcharges - credit/debit card & SEPA Direct Debits / Zusätzliche Aufpreise**

Annual payment Jährliche Zahlung	0%
Semi annual payments Halbjährliche Zahlungen	+4%
Quarterly payments Vierteljährliche Zahlungen	+5%
Monthly payments Monatliche Zahlungen	+8%

For Amex payments add an additional 3.5% to the surcharges above (for USD payments only).

Für Amex-Zahlungen fallen zusätzlich, zu den oben genannten, Gebühren i.H.v. 3.5% an (gilt nur für Zahlungen in USD).

American Express cards can only be used for USD payments and incur a further 3.5% charge:

American Express Karten können nur für USD-Zahlungen genutzt werden, es fallen zusätzliche Gebühren i.H.v. 3.5% an:

- i. If paying by credit/debit card please complete attached payment form
- i. Falls Sie mit Kredit-/Debitkarte bezahlen, füllen Sie bitte das beigefügte Zahlungsformular aus

**Additional surcharges - bank transfer / Zusätzliche Aufpreise - Banküberweisung**

Annual bank transfer	£10/€15/\$30
Jährliche Banküberweisung	

The bank transfer fee does not need to be included as long as the payee selects to pay all charges.

Die Banküberweisungsgebühr muss nicht inbegriffen sein, wenn der Zahlungsempfänger alle Gebühren übernimmt.

**Haftungsausschluss**

Es wird keine Gewährleistung und/oder Zusicherung über die Richtigkeit der deutschen Übersetzung gegeben, ob im Einzelnen oder insgesamt, Es wird hier klargestellt, dass die deutsche Version eine Übersetzung des englischen Originals ist, die zur Information dient und Morgan Price International Healthcare schließen jegliche Haftung für Fehler und/oder Ungenauigkeiten in der Übersetzung aus. Es wird hier klargestellt, dass die Version in englischer Sprache Vorrang haben wird über alle Fragen zu Unrichtigkeiten und Auslegung der Inhalte des Planes/Produktes inklusive, aber nicht nur beschränkt auf die allgemeinen Geschäftsbedingungen.

## 2 Credit/debit card details / Kredit-/Debitkarten

**Please only complete if you are paying by credit/debit card.**  
**Bitte nur ausfüllen, wenn Sie mit Kredit-/Debitkarte bezahlen.**

I authorise you, until further notice in writing, to charge my credit/debit card account unspecified amounts in respect of premiums for my Evolution Health Plan subscription, as and when these become due, until this instruction is countermanded by my giving notice in writing. I understand I will be given at least one months notice of any subscription increase.

Ich ermächtige Sie, solange bis ich es schriftlich kündige, meinem Kredit-/Debitkartenkonto unspezifische Geldbeträge abzubuchen in Bezug auf meine Prämien für meinen Mitgliedschaft beim Evolution Health Plan, wenn sie fällig werden oder bis ich diese Anweisung rückgängig mache, indem ich dies schriftlich anmelde. Ich verstehe, dass ich mindestens 3 Monate im Voraus eine Vorankündigung erhalten werde, wenn mein Mitgliedsbeitrag erhöht wird.

- i. If you have chosen to pay by instalment, the credit/debit card details provided must be in date for the entirety of the policy.  
 Wenn Sie sich entschlossen haben in Raten zu zahlen, dann muss die Kredit-/Debitkarte für die Dauer der Police gültig sein.

Name on card Name auf der Karte				
Card type Kartentyp	Visa	Mastercard	American Express (for USD policies only) (nur für USD-Richtlinien)	Other Andere
If other, please specify Wenn andere, bitte angeben				
Card number Kartenummer			CVC	
Issue no Ausgabenummer		Start date Anfangsdatum	Expiry date Enddatum	
Payment frequency Zahlungshäufigkeit				
Card billing address Kartenrechnungsadresse			Post/Zip code Postleitzahl	
- if different from residential address			-wenn anders als Wohnadresse	
Signature of card holder Unterschrift des Kartenhalters			Date Datum	

- ii. You must keep your credit/debit card details confidential and secure. For security reasons please do not email credit/debit card details to us. If you do so, it is entirely at your own risk.

Sie müssen Ihre Kredit-/Debitkartendaten geheimhalten und sicher aufbewahren. Bitte emailen Sie uns aus Sicherheitsgründen ihre Kredit-/Debitkartendaten nicht. Wenn Sie es dennoch tun, dann geschieht es auf Ihr eigenes Risiko.

**Agent stamp**  
**Stempel des Agenten**

**SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT**

**MORGAN PRICE INTERNATIONAL HEALTHCARE LTD**  
**2 PENFOLD DRIVE**  
**GATEWAY 11**  
**WYMONDHAM**  
**NORFOLK**  
**NR18 0WZ**  
**UNITED KINGDOM**

**Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers : GB30ZZSDDBARC0000003771138**

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

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.

**Mandatsreferenz – vom Zahlungsempfänger auszufüllen**

**Mit Bezug auf den Vertrag:**

**Zahlungsart**

Wiederkehrende Zahlung       Einmalige Zahlung

**Your Details**

Anschrift des Zahlungspflichtigen

Postleitzahl:

Land:

**SWIFT BIC (Internationale Bankleitzahl des Instituts des Zahlungspflichtigen)**

**Internationale Bankkontonummer – IBAN DES Zahlungspflichtigen**

**Datum (dd/mm/yyyy)**

**Unterzeichnet in**

**Unterschrift (en):**

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

## 2 Credit/debit card details / Kredit-/Debitkarten

**Please only complete if you are paying by credit/debit card.**  
**Bitte nur ausfüllen, wenn Sie mit Kredit-/Debitkarte bezahlen.**

I authorise you, until further notice in writing, to charge my credit/debit card account unspecified amounts in respect of premiums for my Evolution Health Plan subscription, as and when these become due, until this instruction is countermanded by my giving notice in writing. I understand I will be given at least one months notice of any subscription increase.

Ich ermächtige Sie, solange bis ich es schriftlich kündige, meinem Kredit-/Debitkartenkonto unspezifische Geldbeträge abzubuchen in Bezug auf meine Prämien für meinen Mitgliedschaft beim Evolution Health Plan, wenn sie fällig werden oder bis ich diese Anweisung rückgängig mache, indem ich dies schriftlich anmelde. Ich verstehe, dass ich mindestens 3 Monate im Voraus eine Vorankündigung erhalten werde, wenn mein Mitgliedsbeitrag erhöht wird.

- i. If you have chosen to pay by instalment, the credit/debit card details provided must be in date for the entirety of the policy.  
 Wenn Sie sich entschlossen haben in Raten zu zahlen, dann muss die Kredit-/Debitkarte für die Dauer der Police gültig sein.

Name on card Name auf der Karte				
Card type Kartentyp	Visa	Mastercard	American Express (for USD policies only) (nur für USD-Richtlinien)	Other Andere
If other, please specify Wenn andere, bitte angeben				
Card number Kartenummer			CVC	
Issue no Ausgabenummer		Start date Anfangsdatum	Expiry date Enddatum	
Payment frequency Zahlungshäufigkeit				
Card billing address Kartenrechnungsadresse			Post/Zip code Postleitzahl	
- if different from residential address			-wenn anders als Wohnadresse	
Signature of card holder Unterschrift des Kartenhalters			Date Datum	

- ii. You must keep your credit/debit card details confidential and secure. For security reasons please do not email credit/debit card details to us. If you do so, it is entirely at your own risk.  
 Sie müssen Ihre Kredit-/Debitkartendaten geheimhalten und sicher aufbewahren. Bitte emailen Sie uns aus Sicherheitsgründen ihre Kredit-/Debitkartendaten nicht. Wenn Sie es dennoch tun, dann geschieht es auf Ihr eigenes Risiko.

**Agent stamp**  
**Stempel des Agenten**

## Krankenversicherung EWR-Dienstleistern (europäische Krankenversicherung) Erklärung zur Beratung und Beratungsprotokoll

### 1. Was sind EWR-Dienstleister?

Unter EWR-Dienstleistern werden im Zusammenhang mit Krankenversicherungen eine Reihe europäischer Krankenversicherungsunternehmen verstanden, die aufgrund einer EU-Richtlinie berechtigt sind, Personen mit Wohnsitz in Deutschland auf Antrag Versicherungsschutz zu gewähren. (Richtlinie 92/49/EWG des Rates)  
In der Regel sind das arrivierte und renommierte Krankenversicherungsunternehmen mit langer Tradition und vielen Millionen Versicherten weltweit. Viele sind größer als die meisten deutschen privaten Krankenversicherungen, was die Anzahl der Versicherten betrifft, die ihnen vertrauen.

### 2. Können Versicherte bei EWR-Dienstleistern die Versicherungspflicht in Deutschland erfüllen?

Alle Tarife der EWR-Dienstleister leisten gemäß den jeweiligen Tarifbestimmungen auch ohne Vorleistung einer deutschen gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung im gesamten europäischen Wirtschaftsraum (EWR). Die Tarife sind jedoch nicht geeignet, den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- und Pflegeversicherungsschutz zu ersetzen. Die gesetzlichen Anforderungen in Deutschland zur Erfüllung der Krankenversicherungspflicht nach §193 VVG können laut Bafin nicht erfüllt werden. Aufgrund Deutscher Rechtsprechung entsprechen die angebotenen Tarife nicht der hierzulange geltenden Krankenversicherungspflicht, da sie u.a. ohne Altersrückstellungen kalkuliert sind. Bei der Europäischen Krankenversicherung müssen keine Strafbeiträge bezahlt werden und der Versicherungsnehmer kann nicht von der Europäischen Krankenversicherung in das deutsche System ohne Strafbeiträge wechseln, da die Europäische Krankenversicherung nicht die Kriterien der Versicherungspflicht gem. § 193 VVG erfüllt. Sie bestätigen mit der Unterschrift unter dieses Merkblatt, dass Ihnen die Problematik bekannt ist und Sie sie bewusst in Kauf nehmen.

### 3. Altersrückstellungen

Europäische Krankenversicherungen sind nach Art der Schadensversicherung berechnet – sie sind daher sehr günstig, wenn man jung ist und werden im Alter deutlich teurer. Deutsche private Krankenversicherer sind nach Art einer Lebensversicherung berechnet und sollten daher im direkten Vergleich im Alter weniger stark in den Beiträgen ansteigen.

### 4. Unterschiede zur deutschen PKV

EWR-Dienstleister sind im Gegensatz zu deutschen privaten Krankenversicherungen nicht verpflichtet: Einen Basistarif gemäß §193 Abs. 5 VVG anzubieten, Altersrückstellungen zu bilden oder übertragbar zu gestalten, einen Vertrag fortzuführen, wenn die Beiträge nicht rechtmäßig und vollständig entrichtet wurden – das Kündigungsverbot gem. §193 Abs. 5 VVG trifft auf EWR-Dienstleister ausdrücklich nicht zu. Auf Grund der Tatsache, dass Krankenversicherungen von EWR-Dienstleistern nicht nach Art einer Lebensversicherung berechnet sind, ist ein deutscher Arbeitgeber nicht verpflichtet, einen Arbeitgeberzuschuss für seine Angestellten zu zahlen, die eine solche Versicherung gewählt haben. Dieser Zuschuss ist in diesem Fall eine freiwillige Leistung des Arbeitgebers.

### 5. Pflegeversicherung

Europäische Krankenversicherungen bieten keine Pflegepflichtversicherung an. Sie bestätigen mit der Unterschrift unter dieses Merkblatt, dass Ihnen die Problematik bekannt ist und Sie sie bewusst in Kauf nehmen.

### 6. Moratorium

EWR-Dienstleister bieten in der Regel eine sogenannte Moratoriumsregelung für gesundheitliche Risiken an. Dies bedeutet, dass nachweisliche Erkrankungen und bekannte gesundheitliche Probleme aus den vergangenen Jahren innerhalb der ersten 2 Jahre nicht gedeckt sind. Es findet ein vollständiger Ausschluss bestehender gesundheitlicher Risiken statt. Nach dem ersten ununterbrochenen Versicherungsjahr kann eine frühere Erkrankung als Neuerkrankung

abgedeckt werden, wenn in den letzten 2 Jahren keine Behandlung oder Einnahme von Medikamenten stattgefunden hat oder der Versicherte unter (eventuell auch unbehandelten) Symptomen gelitten hat. Chronische Erkrankungen und genetische Defekte sind grundsätzlich von der Deckung ausgeschlossen. Sollten Sie wissen wollen, wie bestehende gesundheitliche Risiken abgedeckt oder ausgeschlossen werden, können Sie bei uns eine individuelle Risikoprüfung vor Abschluss der Versicherung durchführen lassen.

#### **7. Laufzeit**

Krankenversicherungsverträge mit EWR-Dienstleistern werden für ein Jahr abgeschlossen. Nach Ablauf des Jahres wird der Versicherungsvertrag zu den dann gültigen Bedingungen erneuert, sofern der Versicherte nicht widerspricht.

#### **8. Besondere Hinweise**

Bei einer privaten Versicherung mit EWR-Dienstleistern müssen gewisse Unterschiede beachtet werden, die es im Vergleich zu deutschen, privaten Krankenversicherungen gibt, was die alltägliche Handhabung betrifft. So sind die Fristen, in denen Rechnungen eingereicht werden können, wesentlich kürzere (spätestens 6 Monate ab Behandlungszeitpunkt). Aufgrund der Moratoriumsregel ist der Aufwand zum Zeitpunkt der Antragsstellung überschaubar, dafür müssen bei der Einreichung von Rechnungen oft detaillierte Auskünfte zur Erkrankung und Behandlung gegeben werden. Besonders bei den günstigen Tarifen wird oft mit allgemeinen Ausschlüssen gearbeitet. Bitte beachten Sie unbedingt die AVB's der Versicherer, um sich über Fristen und Ausschlüsse zu informieren. Wir als Ihr Berater empfehlen ganz klar, immer, wenn es möglich ist, eine deutsche gesetzliche oder private Krankenversicherung vorzuziehen. Die private Versicherung der EWR-Dienstleister ist hauptsächlich als Zusatzversicherung, Auslandsversicherung oder Notlösung in speziellen Situationen vorgesehen. Sollten Sie als versicherte Person von den EWR-Dienstleistern wieder in das deutsche Krankenversicherungssystem wechseln wollen, kann es zu Forderungen von Sanktionsbeiträgen für die Zeit geben, die Sie bei den EWR-Dienstleistern versichert waren, da diese nicht anerkannt sind. Außerdem kann es auf Ämtern und Behörden Probleme mit der Anerkennung des Krankenversicherungsschutzes kommen, wenn Sie bei einem EWR-Dienstleister versichert sind.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die oben genannten Erklärungen zum Unterschied von europäischen Krankenversicherungen gegenüber deutschen privaten Krankenversicherungen und zur Problematik der Pflegepflichtversicherung gelesen und verstanden zu haben. Mir wurde ausdrücklich empfohlen, wieder in eine deutsche GKV oder PKV zurück zu kehren und ich wurde ausführlich über Lösungsmöglichkeiten aufgeklärt. PKV, GKV und PVN wurden angeboten, aber nicht gewünscht. Ich wünsche eine Krankheitskostenvollversicherung als Nebenversicherung/Zusatzversicherung aufgrund Nichtversicherung und entscheide mich ausdrücklich auf eigenen Wunsch und nach reichlicher Überlegung für eine europäische Krankenversicherung von Morgan Price, auch wenn diese nicht der Versicherungspflicht genügt.

Vermittler:

Antragsteller/VP:

Weitere Gesprächsteilnehmer:

Persönliche Daten – siehe Antrag

Datum Ort:

---

Kunde/Antragsteller

---

Vermittler

Seite 2 von 2

Anschrift:

Niermannsweg 11-15

40699 Erkrath

Kontakt:

Fon 0211-21097510

Fax 0211- 21097513

[fink@cp-finanz.de](mailto:fink@cp-finanz.de)

[www.cp-finanz.de](http://www.cp-finanz.de)

Finanzamt:

Mettmann

147/5813/1441