

# Evolution Health Plan

## Evolution Gesundheitsplan

FMU

morganprice international 



Vermittlernummer MPNA264

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

## Application form Antragsformular

**Part A**

**Please complete all parts of 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.

**Bitte füllen Sie alle Felder dieses Formulars aus und schicken Sie es an Ihren Agenten/Versicherungsmakler zurück.** Es ist wichtig, dass Sie dieses Formular vollständig ausfüllen. Anderenfalls könnte das Formular zum Vervollständigen an Sie zurückgesendet werden. Alle Anträge werden vor der Annahme geprüft und folglich besteht kein Versicherungsschutz bis eine Bestätigung vorliegt.

**1**

### Your personal details Ihre persönlichen Daten

Title Anrede	Forename(s) Vorname(n)	Surname Nachname	
Date of birth Geburtsdatum	Gender Geschlecht	Height Größe	Weight Gewicht
Overseas address Anschrift im Ausland			Post/Zip code Postleitzahl
Phone Telefon	Mob Handynummer	Email E-Mail	
Home address Heimatanschrift			Post/Zip code Postleitzahl
Occupation Beruf	Nationality Staatsangehörigkeit		
Country of residence Wohnsitzland	Home country (for which you have a passport) Heimatland (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 ansässig (Jahre/Monate)?			

**2**

### Cover required Gewünschte Deckung

Date upon which annual cover to commence, or the date on which your proposal is accepted by insurers, whichever is the later  
Zeitpunkt des gewünschten, jährlichen Versicherungsbeginns oder der Tag, an dem der Antrag von der Versicherung angenommen wird; maßgebend ist der spätere Zeitpunkt

Choose your area of cover Wählen Sie den Geltungsbereich	Europe Europa	Worldwide excluding USA, China, Singapore & Hong Kong Weltweit ohne die USA, China, Singapur & Hong Kong	Worldwide excluding USA Weltweit ohne die USA	Worldwide Weltweit
Choose your level of cover Wählen Sie den Versicherungsumfang	Premium	Elite	Comprehensive	

**2 Cover required — continued**  
**Gewünschte Deckung — Fortsetzung**

Please select the annual excess you wish to apply to your policy Bitte wählen Sie die jährliche Selbstbeteiligung, die Sie in Ihre Versicherung einschließen möchten	Nil	100	250	500	1000
	2500	5000			

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

Please specify the currency in which you wish to pay premiums and receive benefits Bitte wählen Sie die Währung, in der Sie Ihre Beiträge bezahlen und Ihre Versicherungsleistungen erhalten möchten.	US Dollar \$ US-Dollar	Sterling £ Pfund Sterling	Euro €
--	---------------------------	------------------------------	--------

Do you or any of the persons to be included in this proposal, have existing health insurance?  
Haben Sie oder andere Personen, die in diesem Antrag einbezogen sind, eine bestehende Krankenversicherung?

Yes Ja	No Nein
-----------	------------

If yes, which provider?  
Wenn ja, welcher Anbieter?

**3 Dependants to be included**  
**Angehörige, die mitversichert 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 Besetzung
---	---	-----------------------	-----------------------------	----------------------	-----------------	-------------------	-------------------------

Spouse  
Ehepartner

Dep. 1

Dep. 2

**4 Payment method  
Zahlungsweise**

Please specify how you would like to pay  
Geben Sie bitte Ihre gewünschte  
Zahlungsart an

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 per Lastschrift  
- *Nur in der EU verfügbar und nur  
bei Verträgen in Euro*

**Additional surcharges - credit/debit card & SEPA Direct Debits  
Zusätzliche Gebühren - Kredit-/Debitkarte & SEPA-Lastschriften**

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  
Falls Sie mit Kredit-/Debitkarte bezahlen, füllen Sie bitte das beigefügte Zahlungsformular aus

**Additional surcharges - bank transfer  
Zusätzliche Gebühren - 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.

**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**

## 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](http://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/](http://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

Policy No. \_\_\_\_\_

Surname: \_\_\_\_\_

## Confidential medical declaration Vertrauliche medizinische Erklärung

**Important:** You and the persons applying for cover under this policy must declare to us any and all known pre-existing medical conditions. If you do not tell us, your policy may be cancelled and any claim you make may not be paid.

**Wichtig:** Sie und die Personen, die einen Antrag auf Versicherungsschutz im Rahmen dieser Police stellen, müssen uns sämtliche bekannten Vorerkrankungen mitteilen. Wenn Sie dies nicht angeben, kann die Versicherungspolice gekündigt werden und jeder von Ihnen geltend gemachte Anspruch wird nicht bezahlt.

	Policyholder		Spouse		Dep. 1		Dep. 2	
	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
1. Are any medical/surgical/dental consultations and/or procedures (including x-ray lab or other testing) recommended, scheduled or contemplated for any applicant? Sind irgendwelche ärztlichen/chirurgischen/zahnärztlichen Untersuchungen (darunter Röntgen und andere Tests) für einen der Antragsteller empfohlen, angesetzt oder vorgesehen?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Additional information Zusätzliche Informationen								
2. Has any applicant ever been refused medical or dental insurance, or ever had a policy postponed, rated or accepted on special terms? Wurde einem der Antragsteller je eine Kranken- oder Zahnversicherung verweigert oder wurde je eine Versicherung aufgeschoben, bewertet oder unter besonderen Bedingungen angenommen?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Additional information Zusätzliche Informationen								
3. Has any applicant been examined by, consulted with, or received medical treatment from a physician in the last 12 months? Wurde einer der Antragsteller in den letzten 12 Monaten von einem Arzt untersucht, beraten oder medizinisch behandelt?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Additional information Zusätzliche Informationen								

	Policyholder		Spouse		Dep. 1		Dep. 2	
	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
4. Has any applicant been examined by, consulted with, or received medical treatment from a medical specialist or consultant in the last 4 years? Wurde einer der Antragsteller in den letzten 4 Jahren von einem Facharzt untersucht, beraten oder medizinisch behandelt?	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein

Additional information  
Zusätzliche Informationen

5. Has any applicant been confined (stayed overnight) in a hospital, clinic, sanatorium, or other treatment facility in the last 4 years? Lag einer der Antragsteller in den letzten 4 Jahren (über Nacht) in einem Krankenhaus, einer Klinik, einem Sanatorium oder einer anderen Behandlungseinrichtung?	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
---	-----------	------------	-----------	------------	-----------	------------	-----------	------------

Additional information  
Zusätzliche Informationen

6. Has any applicant listed had any disease or impairment of or suffered any symptoms or required any medication, treatment or hospital consultation(s) for the following? - <i>Please answer all questions.</i> Hat einer der genannten Antragsteller an Erkrankungen oder Beeinträchtigung von oder an irgendwelchen Symptomen gelitten oder benötigte irgendwelche Medikamente, Behandlung oder Krankenhausberatung(en) aus einem der folgenden Gründe? – <i>Bitte beantworten Sie alle Fragen</i>								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Please note that if you answer yes to any of these questions, you MUST provide further details in the additional information section.**

**Bitte beachten Sie, dass Sie, wenn Sie eine der Fragen mit Ja beantworten, im Abschnitt "Zusätzlichen Informationen" nähere Angaben machen müssen.**

6.1. AIDS/ARC/HIV AIDS/ARC/HIV	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.2. Alcohol dependency or drug/substance abuse Alkoholabhängigkeit oder Drogen-/ Suchtmittelmissbrauch	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.3. Anaemia or any blood disorder Blutarmut oder eine andere Bluterkrankung	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.4. Arthritis, or any disorder of any muscles or joints Arthritis oder irgendeine Erkrankung der Muskeln oder Gelenke	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.5. Asthma, bronchitis or any other respiratory disorder Asthma, Bronchitis oder irgendeine andere Atemwegserkrankung	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.6. Back/spine/neck Rücken/Wirbelsäule/Nacken	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.7. Blood pressure/hypertension <i>If yes, please complete our hypertension questionnaire</i> Blutdruck/Hypertonie (Bluthochdruck) <i>Falls ja, füllen Sie bitte unseren</i> <i>Hypertoniefragebogen aus</i>	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.8. Blood vessels/clots/circulatory system Blutgefäße/Blutgerinnsel/Kreislauf	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein

		Policyholder		Spouse		Dep. 1		Dep. 2	
		Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
		Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.9.	Bones (including fractures) Knochen (inkl. Brüche)	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.10.	Brain/head Gehirn/Kopf	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.11.	Cancer, tumour, growth or cyst Krebst, Tumor, Geschwulst oder Zyste	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.12.	Carpal tunnel syndrome Karpaltunnelsyndrom	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.13.	Cerebrovascular disease/disorder or stroke Zerebrovaskuläre Erkrankung/Störung oder Schlaganfall	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.14.	Chest pains, palpitations, heart murmur, angina, heart attack or any other heart disorder Schmerzen in der Brust, Herzrasen, Herzgeräusche, Angina, Herzinfarkt oder irgendeine andere Herzerkrankung	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.15.	Cystic fibrosis Mukoviszidose	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.16.	Dental/gum disease Zahn-/Zahnfleischerkrankung	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.17.	Diabetes Diabetes	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.18.	Ears, eyes, nose or throat Ohren, Augen, Nase oder Hals	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.19.	Epilepsy, convulsions, seizures, fits Epilepsie, Krämpfe, Krampfanfälle, Anfälle	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.20.	Gastrointestinal disorder (stomach/intestines) Magen-Darm-Erkrankung (Magen, Darm)	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.21.	Gout Gicht	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.22.	Hernia Leistenbruch	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.23.	Immune system disorder Störungen des Immunsystems	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.24.	Injury, operation, physical defect or deformity Verletzung, Operation, körperliches Gebrechen oder Deformation	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.25.	Kidney/bladder/urinary tract Niere/Blasé/Harnwege	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.26.	Liver, gall-bladder, pancreas or spleen Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse oder Milz	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.27.	Lungs/breathing Lunge/Atmung	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.28.	Mental/nervous disorder Mentale Störung/Nervenkrankheit	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.29.	Neurological/nervous system Neurologisches System/Nervensystem	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.30.	Paralysis Lähmung	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.31.	Prostate Prostata	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein

		Policyholder		Spouse		Dep. 1		Dep. 2	
		Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
		Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.32.	Rheumatic fever Rheumatisches Fieber	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
6.33.	Reproductive disorder or infertility Reproduktionsstörung oder Unfruchtbarkeit	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
6.34.	Skin Haut	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
6.35.	Sleep disorder Schlafstörung	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
6.36.	Stroke Schlaganfall	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
6.37.	Surgical operation Chirurgische Operation	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
6.38.	Ulcer Geschwür	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
6.39.	Urinary abnormality Anomalie der Harnwege	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
6.40.	Other medical condition not listed Andere, nicht aufgeführte Erkrankungen	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
6.41.	Do you wear spectacles/glasses or contact lenses? Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
6.42.	Are you currently undergoing or been advised to undergo any dental treatment? Befinden Sie sich zur Zeit in zahnärztlicher Behandlung oder wurde Ihnen geraten, eine solche geraten?	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
6.43.	Do you currently have any crowns, inlays, fillings, bridges or missing teeth? Haben Sie derzeit irgendwelche Kronen, Inlays, Füllungen, Brücken oder fehlen Ihnen Zähne?	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
6.44.	Have you smoked, used tobacco or nicotine replacements in the last 12 months? If so, how many per day? Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak- oder Nikotinersatz genutzt?	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
6.45.	Do you have any known allergies, including food allergies? Haben Sie irgendwelche bekannten Allergien, einschließlich Lebensmittelallergien?	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
6.46.	Have you suffered any symptoms for which you have not sought medical advice? Litten Sie an irgendwelchen Symptomen, derentwegen Sie nicht einen Arzt konsultiert haben?	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
6.47.	Do you have any known check-ups or doctor appointments pending now or in the future? Haben Sie irgendwelche bekannten Untersuchungen oder Arzttermine?	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
6.48.	Are you currently under the care of any specialist? (e.g. a cardiologist or oncologist) Sind Sie zur Zeit von einem Facharzt betreut? (z.B. einem Kardiologen oder Onkologen)	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
6.49.	Are you currently pregnant? Sind Sie zur Zeit schwanger?	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No

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.*

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.*

**Additional information**  
**Zusätzliche Informationen**

Please use this space to provide details if you answered "Yes" to any of the questions in the rest of Section 5. If you require additional space, please continue on a separate sheet.

Bitte verwenden Sie diesen Raum, um detaillierte Angaben zu machen, wenn Sie eine der Fragen am Ende des Abschnitts 5 mit "Ja" beantwortet haben. Wenn Sie mehr Platz benötigen, nutzen Sie bitte ein separates Blatt.

Question no. Frage Nr.	Name of illness/medical condition* Bezeichnung der Krankheit/ Beschwerde*	Dates (to and from) Daten (bis uns vom)	What medical treatment was provided? Welche medizinische Behandlung wurde durchgeführt?	Current medication name and daily dose Bezeichnung derzeitiger Medikamente und Dosis	Have you had any hospital stay in relation to this condition? Hatten Sie einen hausaufenthalt augrund dieser Erkrankung?	What is the current status of the condition? ** Wie ist der aktuelle Status der Erkrankung?
---------------------------	---	--	--	--	--	---

Policyholder  
Versicherungsnehmer

Spouse  
Ehepartner

Dep. 1

Dep. 2

\*Where applicable, please state the area of the body affected (e.g. left or right arm)

\*Wo zutreffend, geben Sie bitte den betroffenen Körperbereich an (z.B. linker oder rechter Arm).

\*\*Please enter either Complete Recovery, Ongoing or Recurrent (or likely to recur)

\*\*Geben Sie entweder vollständige Genesung, andauern oder wiederkehrend (wahrscheinlich wiederkehrend) an

**Consent authorisation**  
**Einwilligung/Ermächtigung**

To all physicians and medical practitioners, hospitals and other medical facility: my signature below provides my authorisation for you to provide Morgan Price International Healthcare Limited and their Insurers with any information requested in connection with my application for me or any of the family members named on this application.

An alle Ärzte und Mediziner, Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen: Mit meiner folgenden Unterschrift ermächtige ich Sie, Morgan Price International Healthcare Limited und deren Versicherern alle angeforderte Informationen zu meiner Person und allen anderen, in diesem Antrag genannten, Familienangehörigen, die im Zusammenhang mit meinem Antrag stehen, zur Verfügung zu stellen.

Signature of primary applicant  
Unterschrift des Hauptantragstellers

Date  
Datum

# Release of Medical Information Form (ROMIF)

## Formular zur Freigabe medizinischer Informationen

**Please complete and sign the following authority for release of medical information.**

**Bitte füllen Sie die folgende Ermächtigung zur Freigabe medizinischer Informationen aus und unterschreiben sie.**

### **AUTHORISATION ERMÄCHTIGUNG**

Your policy is underwritten by various insurers and administered by Morgan Price International Healthcare Limited.  
Ihre Police wird vom mehreren Versicherern gezeichnet und durch Morgan Price International Healthcare Limited verwaltet.

I declare that all the information I have given on this form is correct to the best of my knowledge.  
To support the application for my health insurance policy, I give my consent for any doctor, medical practitioner, medical facility, or any other person who has attended or examined me, to furnish Morgan Price or their authorised representatives with any/all information relating to my sickness, illness or injury, medical history, consultations, prescriptions, treatment and medical records.  
Ich bestätige, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben nach meinem besten Wissen richtig sind.  
Zur Unterstützung meines Antrags auf eine Krankenversicherung gebe ich allen Ärzten, Medizinern, medizinischen Einrichtungen und allen anderen Personen, die mich behandelt oder untersucht haben, meine Einwilligung, Morgan Price oder deren Bevollmächtigten jede/alle Informationen zu meinen Erkrankungen, Leiden oder Verletzungen sowie meiner Krankengeschichte, meinen Konsultationen, Verschreibungen, Behandlungen und Krankenakten zur Verfügung zu stellen.

This information is required by Morgan Price and their Insurers/Reinsurers in order to confirm coverage for my medical condition(s).  
Diese Information wird von Morgan Price und deren Versicherern/Rückversicherern benötigt, um den Versicherungsschutz meiner Erkrankung(en) zu bestätigen.

A photocopy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.  
Eine Fotokopie dieser Ermächtigung ist ebenso gültig wie das Original.

Insured/Policyholder (Please Print)  
Versicherter/Versicherungsnehmer  
(Bitte drucken)

Date of Birth  
Geburtsdatum

Policy Number

I wish to see any report from the medical practitioner before it is sent to you Ich wünsche jeden Bericht vom Arzt zu sehen, bevor er an Sie gesendet wird	Yes Ja	No Nein
---	-----------	------------

I wish for another person/organisation(s) to help with the this application and I agree, for that reason, that Morgan Price or any policy administrator and the person/organisations(s) named below may discuss this application to the extent necessary to each other my relevant health and medical details. Ich wünsche bei dieser Antragstellung die Unterstützung einer anderen Person/Organisation(en) und aus diesem Grund bin ich damit einverstanden, dass Morgan Price sowie jeder Policenverwalter mit der nachfolgend genannten Person/Organisation(en) diesen Antrag besprechen kann, wie es erforderlich ist. Dies gilt insbesondere in Bezug auf meine relevanten gesundheitlichen und medizinischen Angaben.	Yes	No
---	-----	----

If you answered yes please give the name of the person or organisation(s) here:

(e.g. Insurance broker or Intermediary)

Wenn Sie mit ja geantwortet haben, geben Sie bitte den Namen der Person oder Organisation(en) hier an:

(z.B. Versicherungsmakler oder Vermittler)

(If you give the name of an organisation, this will mean that we can communicate with any employee of that organisation, which will help us if the person you usually deal with is unavailable).

(Wenn Sie den Namen einer Organisation angeben, wird dies bedeuten, dass wir mit jedem Mitarbeiter der Organisation kommunizieren können, der uns helfen kann, wenn die Person, mit der Sie normalerweise zu tun haben, nicht verfügbar ist).

Signature Name (Please Print)

Unterschrift Name (Bitte drucken)

Date

Datum

If there are dependants on this application form, please confirm by ticking this box that you have the authorisation of all of them to proceed with this application.

Falls in diesem Formular Angehörige angegeben wurden, bestätigen Sie bitte durch Ankreuzen dieses Feldes, dass sie die Ermächtigung aller dieser Personen haben, mit dem Antrag fortzufahren.

#### 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.

## 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