

Es schreibt Ihnen:
Ferdinand Steiner
Tel.: 0821/90786440
Fax: 0821/90786444
eukv@finanzschneiderei.de



FinanzSchneiderei
Versicherungsmakler

www.finanzschneiderei-versicherungsmakler.de

Unterlagen zum Abschluss einer Europäischen Krankenversicherung bei der Foyer Santé 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 und unterzeichnen

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

3. Unterlagen abschicken

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

- per Mail an eukv@finanzschneiderei.de
- per Fax an **0821 907 86 444**
- per Brief an **FinanzSchneiderei
Paul-Lenz-Str. 1
86316 Friedberg / Bayern**

Wie geht's dann weiter?

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

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

Noch Fragen?

Rufen Sie mich einfach an – ich freue mich auf Sie!

Herzliche Grüße


Ferdinand Steiner

Antrag auf Krankenversicherung

Hinweis: Wir können Ihren Antrag nur dann prüfen und bearbeiten, sofern er vollständig ausgefüllt bei uns eingereicht wurde. Bitte nehmen Sie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Hilfe, falls beim Ausfüllen des Antrags sich Fragen für Sie ergeben.

Ich beantrage den Abschluss einer Krankenversicherung für die unten aufgeführten zu versichernden Personen.

1. Angaben zum Versicherungsnehmer

- Ich handle ausschließlich als Versicherungsnehmer.
- Ich handle als Versicherungsnehmer und als versicherte Person.

Gewünschter Beginn des Versicherungsschutzes (TT/MM/JJJJ) 01.		
Titel	Vorname	Nachname
Geschlecht <input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Berufliche Tätigkeit
Korrespondenzanschrift	Adresse	
Kontaktdaten	Telefon Pro (+ Landesvorwahl)	Telefon Privat (+ Landesvorwahl)
	Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)	
	E-Mail-Adresse	
Nationalität		
Ausreiseland (ursprüngliches)		Ort
Aufenthaltsland (zukünftiges)		Ort

Vertragssprache (Jeglicher Schriftverkehr/alle Unterlagen soll/sollen in der folgenden Sprache bereitgestellt werden):

- Deutsch
- Französisch
- Englisch

2. Mitzuversichernde Personen

Person 2

Gewünschter Beginn des Versicherungsschutzes (TT/MM/JJJJ) 01.		
Titel	Vorname	Nachname
Geschlecht <input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Berufliche Tätigkeit
Korrespondenzanschrift <input type="radio"/> Wie Person 1	Ort	PLZ
	Land	Weitere Adresse
Kontaktdaten <input type="radio"/> Wie Person 1	Telefon Pro (+ Landesvorwahl)	Telefon Privat (+ Landesvorwahl)
	Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)	
	E-Mail-Adresse	
Nationalität		
Ausreiseland		Ort
Aufenthaltsland		Ort

3. Tarifstufe

Person	Tarifstufe			Zusätzliche Assistance*	Region	Beitrag (monatlich)
		Special	Exclusive			
1	Selbstbeteiligung: <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	Selbstbeteiligung: <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	Selbstbeteiligung: <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weltweit	
					<input type="radio"/> weltweit ohne USA	
2	Selbstbeteiligung: <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	Selbstbeteiligung: <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	Selbstbeteiligung: <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weltweit	
					<input type="radio"/> weltweit ohne USA	
3	Selbstbeteiligung: <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	Selbstbeteiligung: <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	Selbstbeteiligung: <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weltweit	
					<input type="radio"/> weltweit ohne USA	
4	Selbstbeteiligung: <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	Selbstbeteiligung: <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	Selbstbeteiligung: <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> 250 € <input type="radio"/> 500 € <input type="radio"/> 1 000 €	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> weltweit	
					<input type="radio"/> weltweit ohne USA	
Gesamtbetrag** für alle zu versichernden Personen:						

* Der monatlicher Beitrag für das zusätzliche Assistance Paket beträgt 5 EUR. Bitte bei Ihrem monatlichen Versicherungsbeitrag einrechnen.

** Ich bin informiert, dass auf den Beitrag je nach Aufenthaltsland noch Steuern und Gebühren anfallen können.

4. Angaben zur Gesundheit

Moratorium – Option gilt nur sofern Sie und alle zu versichernden Personen zum Zeitpunkt der Antragsstellung 55 Jahre alt sind oder jünger.
 Ich bin nicht verpflichtet, die nachfolgenden Gesundheitsfragen auszufüllen. Mir ist bewusst, dass Vorerkrankungen und damit verbundene Gesundheitsstörungen während einer Wartezeit von mindestens 24 Monaten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
4.1. Größe in cm				
4.2. Gewicht in kg				
4.3. Bestehen zur Zeit Beschwerden, Krankheiten oder chronische Leiden?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.4. Benötigen Sie regelmäßig Arzneimittel? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.5. Besteht eine Behinderung? Grad in %?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.6. Bestehen Gebrechen, Anomalien oder werden Prothesen getragen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.7. Haben in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-, Heilstätten- oder Sanatoriumsaufenthalte stattgefunden?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.8. Haben in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten oder Unfallfolgen bestanden (auch wenn sie nicht behandelt wurden)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.9. Haben in den letzten 3 Jahren Behandlungen (auch psychotherapeutische Behandlungen) oder Untersuchungen stattgefunden? Traten Folgeerscheinungen auf?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.10. Sind Behandlungen, Untersuchungen (auch wegen Zahnersatz, -sanierung, Kieferorthopädie) bzw. Operationen notwendig, vorgesehen oder angeraten?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.11. Besteht Schwangerschaft? Voraussichtlicher Entbindungstermin:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.12. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt, z.B. durch AIDS-Test?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.13. Werden Sehhilfen getragen (Brillen oder Kontaktlinsen)? Anzahl Dioptrien rechts: Anzahl Dioptrien links:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
4.14. Fehlen Zähne – außer Weisheitszähnen – , die nicht ersetzt sind? Anzahl fehlender Zähne:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja

Bitte machen Sie nähere Erläuterungen zu allen mit „ja“ beantworteten Fragen. Beantworten Sie hierbei insbesondere die folgenden Fragen: Welche Diagnose wurde gestellt? Wann findet (fand) die Behandlung statt? Wer führt(e) die Behandlung durch? (Angabe des Arztes / Heilpraktikers / Krankenhauses etc. mit Adresse) Welche Medikamente werden (wurden) benötigt?

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt als Anlage zum Antrag.

Gesondertes Blatt?

Nein Ja

Person	zu Frage	Art der Krankheit, Beschwerden, Leiden (bitte genaue Diagnose angeben); ggf. benötigte Medikamente	Behandlungszeitraum von - bis	Behandelnder Arzt, Krankenhaus (Name, Adresse)	Sind weitere Behandlungen vorgesehen?
					<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
					<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
					<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
					<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
					<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
					<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja

5. Bestand, besteht oder ist eine private oder gesetzliche Krankenversicherung beantragt?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
falls ja:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Gesellschaft, Ort				
von ... bis ...				

6. Zahlungsangaben

a) Zahlungsweise

Monatlich (nur möglich bei Lastschrift und Kreditkarte) Halbjährlich Jährlich

b) Zahlungsform

Überweisung/Transfer (Nur möglich bei halbjährlicher (2% Nachlass) oder jährlicher (3% Nachlass) Zahlung)

Kreditkarte
 Aus datenschutzrechtlichen Gründen werden die Daten Ihrer Kreditkarte über eine speziell gesicherte Webfunktion abgefragt. Den Link zu dieser Seite erhalten Sie mit Ihren Versicherungsunterlagen. Bitte folgen Sie diesem Link und geben Sie die entsprechenden Daten nach Erhalt der Unterlagen ein. Bitte beachten Sie, dass folgende Zuschläge auf den Monatsbeitrag gemäß dem von Ihnen gewählten Zahlungsintervall erhoben werden: 0 % bei jährlicher, 2 % bei halbjährlicher und 4 % bei monatlicher Zahlung.

Lastschriftverfahren SEPA (nur gültig für Beitragszahlungen in Euro innerhalb der Eurozone*). Bitte senden Sie uns das ausgefüllte SEPA Lastschriftmandat (Seite7) zusammen mit dem Antragsformular zu. Bei halbjährlicher Zahlung gewähren wir 2% Nachlass bei jährlicher Zahlung 3% Nachlass.

*Zur Eurozone gehören: Belgien, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, Irland, Lettland, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Portugal, Slowakei, Slovenien, Spanien, Zypern.

7. Erstattungskonto

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

Kontoinhaber	Geldinstitut
Konto-Nummer	BLZ
PLZ/Ort	Land
Swift (BIC)	IBAN
Währung	

8. Besondere Vereinbarungen: (bedürfen der schriftlichen Zustimmung von Foyer Santé)

9. Vermittler

Dieser Vertrag kam in Zusammenarbeit mit: Name Vermittler

VEP 5061 zustande.

10. Vertragsgrundlagen und Erklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Dieser Versicherungsantrag verpflichtet weder den Antragsteller, noch Foyer Santé zu einem Vertragsabschluss. Durch die Unterzeichnung des Antrags wird kein Versicherungsschutz ausgelöst. Innerhalb von 30 Tagen nach Eingang des Antrags ist Foyer Santé zur Vermeidung von Schadenersatz dazu verpflichtet, dem Antragsteller entweder ein Versicherungsangebot, die Notwendigkeit einer weiteren Risikoüberprüfung oder die Ablehnung der Versicherung mitzuteilen.

Der Versicherungsantrag dient zusammen mit den Gesundheitsfragebögen und anderen Foyer Santé erteilten ärztlichen Auskünften als Grundlage für den Versicherungsvertrag und sind Bestandteil desselben.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen sind verpflichtet, die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen und Gewissen sorgfältig und vollständig zu beantworten. Alle, bis zum Abschluss des Vertrages eintretenden Veränderungen im Gesundheitszustand (Beschwerden, Krankheiten, Unfälle), Heilbehandlungen einschliesslich Beratungen und Untersuchungen (auch beabsichtigte oder angeratene) sowie alle Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit, müssen Foyer Santé unverzüglich schriftlich mitgeteilt werden.

Die zu versichernden Personen, bzw. die gesetzlichen Vertreter der zu versichernden Personen bei deren Unmündigkeit, ermächtigen Foyer Santé, jederzeit Auskünfte über frühere, bestehende und bis zum Ende des Vertrages eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen einzuholen. Dazu darf Foyer Santé Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe und Krankenanstalten aller Art befragen. Zu diesem Zwecke sind diese hiermit ausdrücklich – auch über den Tod hinaus – von der Schweigepflicht entbunden.

Die Foyer Santé übermittelten Daten werden im Hinblick auf Kundendienst, Risikoübernahme, Vertragsverwaltung und Leistungszahlung computerunterstützt verarbeitet. Bei Foyer Santé steht jeder Person das Recht auf Einsicht und Berichtigung der sie betreffenden Daten zu (Gesetz vom 02.08.2002 über die Verwendung personenbezogener Daten bei der computerunterstützten Datenverarbeitung).

Der Versicherungsnehmer verfügt ab dem Zeitpunkt, wo er vom Vertragsabschluss unterrichtet wird, über eine Frist von 30 Tagen, in der er per Einschreiben auf das Inkrafttreten des Vertrages verzichten kann.

Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer eine Familiensicht im Kundenbereich Foyer beantragt, stimmen die zu versichernde Personen hiermit zu, dass die sie betreffenden Informationen im Rahmen des Abschlusses und der Ausführung des Versicherungsvertrages im Kundenbereich Foyer zur Verfügung gestellt werden.

11. Unterschriften

Ort und Datum



Unterschrift des Antragstellers (Vor- und Zuname)

Unterschrift der 1. zu versichernden Person, falls nicht Antragsteller
(Vor- und Zuname), ggf. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift der 2. zu versichernden Person (Vor- und Zuname), ggf.
gesetzlicher Vertreter

Informationen zu Europäischen Krankenversicherungen / EWR-Dienstleistern **Was Sie als Kunde wissen sollten**

Sie interessieren sich für eine Europäische Krankenversicherung, ein Krankheitskostenschutz von einem sogenannten EWR-Dienstleister. Wir haben Ihnen auf den folgenden Seiten wichtige Informationen zusammengestellt:

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. EWR-Dienstleister 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). Diese Aufsicht beschränkt sich auf die Einhaltung der Vorschriften, die dem Schutz des Allgemeininteresses dienen. Diese sind insbesondere im VAG und im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) enthalten.

Können EWR-Dienstleister die Versicherungspflicht in Deutschland erfüllen?

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 entsprechende Krankenversicherungsverträge bereits vor Verlegung des Wohnsitzes nach Deutschland abgeschlossen haben.

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 direkten Vergleich im Alter weniger stark ansteigen.

Arbeitgeberzuschuss

Ein Arbeitgeberzuschuss wird nach § 257 Absatz 2a Fünftes Sozialgesetzbuch nur dann gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen die dort genannten Voraussetzungen erfüllt, wenn es also insbesondere die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt. Eine entsprechende Bestätigung erteilt die BaFin auf Antrag des Versicherungsunternehmens. Bislang hat sie keinem EWR-Dienstleister eine solche Bestätigung erteilt, da die genannten Voraussetzungen nicht erfüllt werden. Ein deutscher Arbeitgeber ist daher nicht verpflichtet, einen Zuschuss zu gewähren. Er hat aber Interesse daran, dass seine Arbeitnehmer krankenversichert sind. Daher kann er freiwillig die Beiträge bezuschussen, was allerdings der Lohnsteuer unterliegt.

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 zu einer Beendigung eines Vertrages führen.

Unterschiede zur deutschen PKV

EWR-Dienstleister sind, im Gegensatz zu Deutschen Privaten Krankenvollversicherern, unter anderem nicht verpflichtet:

- Einen BASIS-Tarif 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 gemäß § 193 Abs. 5 VVG trifft auf die EWR-Dienstleister ausdrücklich nicht zu.

Steuerliche Absetzbarkeit

Da ausländische Gesellschaften die Beiträge nicht direkt an die Finanzämter melden können, kann die Anrechnung analog Deutscher Privater Krankenversicherungsverträge, bei denen kein Einverständnis über die Weitergabe der Daten vorliegt, erfolgen. In deutschen Steuererklärungsformularen gibt es außerdem speziell für ausländische Verträge im Zusatzformular „Vorsorge“ einen eigenen Bereich. Ob folglich nur gemäß den alten Pauschalsätzen oder sogar darüber abgesetzt werden kann, bitten wir mit einem Steuerberater zu besprechen.

Strafprämien

Mit der Aufnahme in eine Krankheitskostenabsicherung eines 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 den deutschen Versicherer weiterhin Strafbeiträge – auch für den Zeitraum der Mitgliedschaft bei einem EWR-Dienstleister – erhoben werden.

Substitutive Krankenvollversicherung

Die Beiträge einer substitutiven Krankenvollversicherung müssen u. a. nach Art einer Lebensversicherung kalkuliert sein. Die angebotene Absicherung kann daher eine deutsche gesetzliche oder private Krankenvollversicherung nicht ersetzen. Wir bieten die Tarife der EWR-Dienstleister als reine Risikoversicherung, die keine deutsche substitutive Krankenvollversicherung ersetzt, an.

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 die Pflegepflichtversicherung beantragt wurde, den Antrag ablehnen.

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 5 Jahren innerhalb der ersten zwei Jahre nicht gedeckt sind. Es findet ein vollständiger Ausschluss bestehender gesundheitlicher Risiken statt. Nach zwei Jahren ununterbrochener Versicherung kann eine frühere Erkrankung als Neu-Erkrankung abgedeckt werden, wenn in diesen 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.

Lesen Sie dazu bitte auch unbedingt unseren Hinweis „Wer sollte keinen Antrag bei einer Europäischen Krankenversicherung stellen“.

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.

Weitere Hinweise

Bei einer Krankheitskostenabsicherung mit EWR-Dienstleistern müssen gewisse Unterschiede beachtet werden, die es im Vergleich zu deutschen Gesellschaften gibt, was die alltägliche Handhabung betrifft. So sind die Fristen, in denen Rechnungen eingereicht werden können, wesentlich kürzer (in der Regel bis zu 6 Monate nach Behandlungsdatum).

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. 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.

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 Versicherung in der Regel nicht sinnvoll ist.

Es wurde eine auf die Europäische Krankenversicherung eingeschränkte Beratung gewünscht. Der Mandant bestätigt den Erhalt der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der Tarifinformationen sowie einem Auszug der Informationsbroschüre der BaFin (Bundesaufsichtsamt für Versicherungen) zum Thema EWR Dienstleister.

Der Mandant bestätigt außerdem nicht krankenversichert zu sein und die oben aufgeführten Informationen / Erläuterungen erhalten und gelesen zu haben.

Ort, Datum

Vor-/ Nachname

Unterschrift Mandant

Unterschrift / Stempel Vermittler