



www.finanzschneiderei.de

Unterlagen zum Abschluss einer Europäischen Krankenversicherung bei der Freedom Health Insurance

Guten Tag,

beiliegend erhalten Sie alle Unterlagen, die zum Abschluss einer europäischen privaten Krankenversicherung notwendig sind.

Und so funktioniert´s:

1. Ihre persönlichen Daten bequem am Bildschirm ergänzen

Das Formular lässt sich bequem am Bildschirm mit Ihren persönlichen Angaben befüllen.

Bitte NUR die rot markierten Felder ergänzen!

2. Antragsdokumente ausdrucken und unterzeichnen

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

3. Unterlagen abschicken

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

- per Mail service@finanzschneiderei.de
- per Fax **0821 907 86 444**
- per Post **FinanzSchneiderei
St.-Jakobs-Platz 1
86316 Friedberg / Bayern**
- per WhatsApp **0151 614 55 111**

Wie geht's dann weiter?

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

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

Noch Fragen?

Rufen Sie uns einfach an - wir freuen uns auf Sie!

Herzliche Grüße

Ihr Ferdinand Steiner

Bitte ergänzen / unterzeichnen Sie die Dokumente und senden sie uns zurück:

- E-Mail: service@finanzschneiderei.de
- Fax: 0821 907 86 444
- Post: FinanzSchneiderei, St.-Jakobs-Platz 1, 86316 Friedberg
- WhatsApp: 0151 614 55 111

Antragsteller About you

Maximales Aufnahmealter ist 74 Maximum age of entry is 74

Titel: <small>Title:</small>	<input type="text"/>
Vorname(s): <small>Forename(s):</small>	<input type="text"/>
Nachname: <small>Surname:</small>	<input type="text"/>
Aufenthaltsland: ¹ <small>Country of residence:¹</small>	<input type="text"/>
Wann sind sie dorthin umgezogen? <small>When did you move there?</small>	<input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>
Heimatland: <small>Home country:</small>	<input type="text"/>
Nationalität auf Pass: <small>Nationality on passport:</small>	<input type="text"/>
Geburtsdatum: <small>Date of birth:</small>	<input type="text"/>
Beruf: <small>Occupation:</small>	<input type="text"/>
Gesundheit und Lebensstil: <small>Health and lifestyle:</small>	Größe: <input type="text"/> cm Gewicht: <input type="text"/> kg Raucher:² Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <small>Smoker: ² No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/></small>
Wohnanschrift: ³ <small>Residential address:³</small>	<input type="text"/>
Postleitzahl: <small>Postcode:</small>	<input type="text"/>
Telefonnummer: <small>Telephone number (inc. area code):</small>	<input type="text"/>
Mobilfunknummer: <small>Mobile number:</small>	<input type="text"/>
E-mail adresse: <small>Email address:</small>	<input type="text"/>
Versicherungsbeginn: <small>Start date:</small>	<input type="text"/>

(Wir können den Versicherungsbeginn unter keinen Umständen rückdatieren)
(We cannot backdate cover under any circumstances)

¹ Ihr Aufenthaltsland bestimmt die Höhe der zu zahlenden Versicherungssteuer. Bitte sprechen Sie mit Ihrem Berater oder kontaktieren Sie uns, wenn Sie sich nicht sicher sind, ob Ihr Beitrag davon betroffen ist. ¹ Your country of residence will determine the value of Insurance Premium Tax that is added to your premium. Please speak to your adviser or contact us if you are unsure whether your premium will be affected.

² Ein Raucher ist jemand, der die Frage „Haben Sie in den letzten 12 Monaten Tabak oder Nikotinersatzprodukte konsumiert oder geraucht?“ mit „Ja“ beantworten würde: ³ A smoker is someone who would answer “Yes” to the question, “Have you used or smoked tobacco or nicotine replacement products in the past 12 months?”

³ Jegliche Korrespondenz wird an diese Adresse geschickt, sofern Sie eine andere Korrespondenzanschrift angegeben haben. Es ist sehr wichtig, dass Sie uns Änderungen bezüglich Ihrer Anschrift oder Ihrer persönliche Daten unverzüglich mitteilen. Eine Änderung könnte Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. ² All correspondence will be sent to this address unless you have given us a different correspondence address. It is very important that you tell us immediately of any changes to your contact or personal details. A change in circumstances could affect your cover.

Korrespondenz Adresse (falls abweichend von oben):³ Correspondence Address (if different from above):³

Korrespondenzanschrift:³
Correspondance address:³

Postleitzahl:
Postcode:

Telefonnummer:
Telephone number (inc.area code):

Mobilfunknummer:
Mobile number:

E-mail adresse:
Email address:

Mitversicherte Personen About your family

Vorname(s):
Forename(s):

Nachname:
Surname:

Geburtsdatum:
Date of birth:

Aufenthaltsland:¹
Country of residence:¹

Nationalität auf Pass:
Nationality on passport:

Beziehung zu Ihnen:
Relationship to you:

Beruf:
Occupation:

Gesundheit und Lebensstil:
Health and lifestyle: Größe: cm Gewicht: kg Raucher:² Nein Ja
Height: cm Weight: kg Smoker: 2 No Yes

Vorname(s):
Forename(s):

Nachname:
Surname:

Geburtsdatum:
Date of birth:

Aufenthaltsland:¹
Country of residence:¹

Nationalität auf Pass:
Nationality on passport:

Beziehung zu Ihnen:
Relationship to you:

Beruf:
Occupation:

Gesundheit und Lebensstil:
Health and lifestyle: Größe: cm Gewicht: kg Raucher:² Nein Ja
Height: cm Weight: kg Smoker: 2 No Yes

Ihr gewünschter Versicherungsschutz The cover you require

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

Bereich 1 - Europa
Area 1 - Europe

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

Bereich 3 - Weltweit
Area 3 - Worldwide

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

		Please select
Freedom Diamond	2,000,000 (€) overall limit	
Freedom Platinum	1,500,000 (€) overall limit	
Freedom Gold	1,000,000 (€) overall limit	
Freedom Silver	750,000 (€) overall limit	
Freedom Bronze	500,000 (€) overall limit	

Selbstbehalt Excess

Wünschen Sie einen Selbstbehalt? Do you require an excess?

Ja Yes

Nein No

Wenn ja, wählen Sie bitte den entsprechenden Betrag aus der Tabelle: If yes, please choose from the following:

Selbstbehalt pro Versicherungsjahr € Excess per year €

Excess per year €	Premium reduction %	Please select
Nil excess	n/a	
50	5%	
100	10%	
250	15%	
500	20%	
1000	25%	

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

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

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

Name: <small>Name:</small>	<input type="text"/>
Krankenhaus/Klinik/Praxis: <small>Hospital/Clinic/Practice:</small>	<input type="text"/>
Adresse: <small>Address:</small>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Postleitzahl: <small>Postcode:</small>	<input type="text"/>
Telefonnummer: <small>Telephone number:</small>	<input type="text"/>
E-mail Adresse: <small>Email address:</small>	<input type="text"/>

Full medical underwriting questions Fragen zur vollständigen medizinischen Risikoprüfung

Please complete the following questionnaire for **ALL** members: **Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen für ALLE Mitglieder aus:**

A: In the previous five years have you been diagnosed with, treated for or require any ongoing medication or tests for the following conditions:
Wurde bei Ihnen in den letzten fünf Jahren eine der folgenden Krankheiten diagnostiziert, behandelt oder benötigen Sie Medikamente oder Tests für diese Krankheiten?:

- | | | |
|--|---|--|
| Cancer, tumours, lumps or growths? <small>Krebs, Tumore, Knoten oder Wucherungen?</small> | <input type="checkbox"/> Ja
<small>Yes</small> | <input type="checkbox"/> Nein
<small>No</small> |
| Heart disease, rheumatic fever, chest pain or circulatory problems?
<small>Herzkrankungen, rheumatisches Fieber, Brustschmerzen oder Kreislaufprobleme?</small> | <input type="checkbox"/> Ja
<small>Yes</small> | <input type="checkbox"/> Nein
<small>No</small> |
| Blood disorders? <small>Bluterkrankungen?</small> | <input type="checkbox"/> Ja
<small>Yes</small> | <input type="checkbox"/> Nein
<small>No</small> |
| Respiratory disorders? <small>Atemwegserkrankungen?</small> | <input type="checkbox"/> Ja
<small>Yes</small> | <input type="checkbox"/> Nein
<small>No</small> |
| Abdominals/Digestive disorders? <small>Bauch-/Verdauungsbeschwerden?</small> | <input type="checkbox"/> Ja
<small>Yes</small> | <input type="checkbox"/> Nein
<small>No</small> |
| Genito/urinary disorders? <small>Genital-/Harnwegserkrankungen?</small> | <input type="checkbox"/> Ja
<small>Yes</small> | <input type="checkbox"/> Nein
<small>No</small> |
| Musculo-skeletal/nervous system disorders? <small>Erkrankungen des Bewegungsapparates/Nervensystems?</small> | <input type="checkbox"/> Ja
<small>Yes</small> | <input type="checkbox"/> Nein
<small>No</small> |
| Gynaecological disorders? <small>Gynäkologische Erkrankungen?</small> | <input type="checkbox"/> Ja
<small>Yes</small> | <input type="checkbox"/> Nein
<small>No</small> |
| Ear, nose & throat disorders? <small>Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen?</small> | <input type="checkbox"/> Ja
<small>Yes</small> | <input type="checkbox"/> Nein
<small>No</small> |
| Neurological or mental disorders? <small>Neurologische oder psychische Störungen?</small> | <input type="checkbox"/> Ja
<small>Yes</small> | <input type="checkbox"/> Nein
<small>No</small> |
| Skin disorders? <small>Hauterkrankungen?</small> | <input type="checkbox"/> Ja
<small>Yes</small> | <input type="checkbox"/> Nein
<small>No</small> |
| Eye disorders? <small>Augenerkrankungen?</small> | <input type="checkbox"/> Ja
<small>Yes</small> | <input type="checkbox"/> Nein
<small>No</small> |

Any operations, special investigations? Irgendwelche Operationen, Sonderuntersuchungen? Ja Yes Nein No

Have you ever been treated or been recommended for treatment for the use of alcohol or drugs? Been advised to stop/reduce the amount of alcohol intake or ever been convicted of any drug related offences? Wurden Sie jemals wegen Alkohol- oder Drogenkonsums behandelt oder wurde Ihnen eine Behandlung empfohlen? Wurde Ihnen geraten, mit dem Alkoholkonsum aufzuhören bzw. die Menge zu reduzieren, oder wurden Sie schon einmal wegen Drogendelikten verurteilt? Ja Yes Nein No

In the previous five years have you been advised to obtain treatment in a hospital or a clinic for any tests, x-rays, treatment, or procedures which are not covered within any other questions on this medical questionnaire? Wurde Ihnen in den letzten fünf Jahren empfohlen, sich wegen Untersuchungen, Röntgenaufnahmen, Behandlungen oder Eingriffen, die nicht in den anderen Fragen dieses medizinischen Fragebogens behandelt werden, in einem Krankenhaus oder einer Klinik behandeln zu lassen? Ja Yes Nein No

Are you aware of any tests, treatment, or specialist consultations that may be necessary within the following two years? Sind Ihnen Untersuchungen, Behandlungen oder fachärztliche Konsultationen bekannt, die innerhalb der nächsten zwei Jahre notwendig sein könnten? Ja Yes Nein No

Do you have any disorders, deformities or disabilities which you have not disclosed in answers for any other questions on this medical questionnaire? Leiden Sie unter Störungen, Missbildungen oder Behinderungen, die Sie in den Antworten auf andere Fragen dieses medizinischen Fragebogens nicht angegeben haben? Ja Yes Nein No

Have you ever been declined for any life or health insurance products (including refusal of a renewal)? Wurden Ihnen schon einmal Lebens- oder Krankenversicherungsprodukte abgelehnt (einschließlich der Ablehnung einer Verlängerung)? Ja Yes Nein No

Have you undergone a surgical procedure or have reason to believe that a surgical procedure will be required in the future? Haben Sie sich einem chirurgischen Eingriff unterzogen oder haben Sie Grund zu der Annahme, dass in Zukunft ein chirurgischer Eingriff erforderlich sein wird? Ja Yes Nein No

If you have answered 'Yes' to any of these questions about any person to be insured on your policy, please give full details below. If the treatment took place over six months ago, you can give approximate dates but you should show where you have done that. Wenn Sie eine dieser Fragen zu einer Person, die in Ihrer Police versichert werden soll, mit „Ja“ beantwortet haben, geben Sie bitte unten alle Einzelheiten an. Wenn die Behandlung vor mehr als sechs Monaten stattgefunden hat, können Sie ungefähre Daten angeben, sollten aber angeben, wo Sie die Behandlung durchgeführt haben. Ja Yes Nein No

Name of the person:
Name der Person:

Which question are you answering:
Welche Frage beantworten Sie?:

Describe the condition/symptoms:
Beschreiben Sie den Zustand/die Symptome:

When did the symptoms begin:
Wann begannen die Symptome?:

When did the symptoms end:
Wann endeten die Symptome?:

What treatment was received and when? What were the results of any tests carried out? If any further treatment expected? If yes, please provide details of the likely treatment required: Welche Behandlung wurde wann durchgeführt? Was waren die Ergebnisse der durchgeführten Tests? Ist eine weitere Behandlung zu erwarten? Wenn ja, machen Sie bitte Angaben zu der voraussichtlich erforderlichen Behandlung:

Falls eine der zu versichernden Personen eine der obigen Fragen mit "Ja" beantwortet hat, geben Sie uns bitte ausführliche Informationen. Bitte beachten Sie: Sie sollten alle Beschwerden oder Symptome darlegen, auch wenn diese nicht in dem obigen Fragebogen genannt wurden. Alle im Antrag abgefragten Angaben sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann die Freedom zu einem Rücktritt, einer Kündigung und / oder der Ablehnung Ihrer eingereichten Leistungsansprüche berechtigen.

Unterschrift Antragssteller

Name of the person:
Name der Person:

Which question are you answering:
Welche Frage beantworten Sie?:

Describe the condition/symptoms:
Beschreiben Sie den Zustand/die Symptome:

When did the symptoms begin:
Wann begannen die Symptome?:

When did the symptoms end:
Wann endeten die Symptome?:

What treatment was received and when? What were the results of any tests carried out? If any further treatment expected? If yes, please provide details of the likely treatment required:
Welche Behandlung wurde wann durchgeführt? Was waren die Ergebnisse der durchgeführten Tests? Ist eine weitere Behandlung zu erwarten? Wenn ja, machen Sie bitte Angaben zu der voraussichtlich erforderlichen Behandlung:

Name of the person:
Name der Person:

Which question are you answering:
Welche Frage beantworten Sie?:

Describe the condition/symptoms:
Beschreiben Sie den Zustand/die Symptome:

When did the symptoms begin:
Wann begannen die Symptome?:

When did the symptoms end:
Wann endeten die Symptome?:

What treatment was received and when? What were the results of any tests carried out? If any further treatment expected? If yes, please provide details of the likely treatment required:
Welche Behandlung wurde wann durchgeführt? Was waren die Ergebnisse der durchgeführten Tests? Ist eine weitere Behandlung zu erwarten? Wenn ja, machen Sie bitte Angaben zu der voraussichtlich erforderlichen Behandlung:

Name of the person:
Name der Person:

Which question are you answering:
Welche Frage beantworten Sie?:

Describe the condition/symptoms:
Beschreiben Sie den Zustand/die Symptome:

When did the symptoms begin:
Wann begannen die Symptome?:

When did the symptoms end:
Wann endeten die Symptome?:

What treatment was received and when? What were the results of any tests carried out? If any further treatment expected? If yes, please provide details of the likely treatment required:
Welche Behandlung wurde wann durchgeführt? Was waren die Ergebnisse der durchgeführten Tests? Ist eine weitere Behandlung zu erwarten? Wenn ja, machen Sie bitte Angaben zu der voraussichtlich erforderlichen Behandlung:

Declaration Erklärung

Hiermit beantrage(n) ich/wir zusammen mit den in diesem Antrag aufgeführten Angehörigen den Versicherungsschutz im Rahmen der ausgewählten Freedom Health GmbH Worldwide-Police. Ich/Wir erkläre/n, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben sowie die im Rahmen dieses Antrages gemachten Zusatzinformationen vollständig und richtig sind. Wenn Sie bei der Beantwortung von Fragen nicht angemessene Sorgfalt walten lassen, kann dies dazu führen, dass Ansprüche abgelehnt werden, Ihre Versicherungsbedingungen oder die eines Antragstellers geändert werden oder der Versicherungsschutz gekündigt wird. Ich/wir werde(n) die Versicherungsdokumente lesen, sobald ich sie erhalte, und stimme(n) zu, dass ich und alle anderen in diesem Antrag aufgeführten Angehörigen ausschließlich an die Bedingungen der Police gebunden sind. Diese Vereinbarung stellt die gesamte Vereinbarung zwischen den Parteien dar. Ich/Wir verstehe(n) die Informationen im Underwriting-Abschnitt der Worldwide-Broschüre und akzeptiere(n) sie. Mir/Uns ist bewusst, dass dieser Antrag von Freedom Health GmbH angenommen werden muss und dass die bereitgestellten medizinischen Informationen dazu führen können, dass ein oder mehrere Versicherungsausschlüsse erfolgen können oder dass Freedom Health GmbH unter bestimmten Umständen keinen Versicherungsschutz anbieten kann. Ich ermächtige und ersuche den in diesem Antrag genannten Arzt und/oder jede andere medizinische Einrichtung, einschließlich aller anderen medizinischen Fachkräfte, die mich und alle meine Angehörigen, die in diesen Plan zur Behandlung einer Krankheit einbezogen sind, betreut haben, der Freedom Health GmbH alle Informationen zur Verfügung zu stellen, die sie möglicherweise im Zusammenhang mit Ansprüchen im Rahmen dieses Plans benötigen. Ich akzeptiere, dass, falls ich die im Abschnitt „Ärztliche Informationen“ geforderten Informationen nicht zur Verfügung stelle, alle von mir oder meinen Familienangehörigen im Rahmen dieses Tarifs geltend gemachten Leistungsansprüche, die von Freedom Health GmbH als Behandlung einer bereits vor Vertragsbeginn bestehenden Erkrankung oder damit in Zusammenhang stehenden Erkrankung angesehen werden, abgelehnt werden.

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

Verwendung von persönlichen Informationen Use of personal information

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

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

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

Sie können uns auch um die Übersendung einer Kopie bitten.

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

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

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

Von Zeit zu Zeit möchten wir Sie über Produkte und Dienstleistungen informieren, die für Sie von Interesse sein könnten. Wenn Sie diese Informationen erhalten möchten, kreuzen Sie bitte dieses Kästchen an. Sie können dieses jederzeit abbestellen, indem Sie uns unter dataprotection@freedomhealthinsurance.eu kontaktieren. *From time to time, we would like to tell you about products and services that may be of interest to you. If you would like to receive this information, please tick this box. You can unsubscribe at any time by contacting us at dataprotection@freedomhealthinsurance.eu.*

Unterschrift:
Signed:

Datum:
Date:

(For office use only)

Agent/Broker
name:

Agent/Broker
number:

Zahlungsinformationen Methods of payment

Sepa-Lastschrift [Sepa Direct](#)

Kredit-/Debitkarte [Credit/Debit card](#)

Banküberweisung [Bank Transfer](#)

Zahlungsfrequenz:
Payment frequency:

Monatlich
[Monthly](#)

Vierteljährlich
[Quarterly](#)

Jährlich
[Annually](#)

Wenn Sie Sepa-Lastschrift ausgewählt haben, gehen Sie bitte zu Abschnitt 1.

[If you have selected Sepa Direct Debit, please go to section 1.](#)

Wenn Sie eine Kredit-/Debitkarte ausgewählt haben, gehen Sie bitte zu Abschnitt 2.

[If you have selected a Credit/Debit card, please go to section 2.](#)

Wenn Sie Banküberweisung ausgewählt haben, gehen Sie bitte zu Abschnitt 3.

[If you have selected bank transfer, please go to section 3.](#)

1. SEPA Lastschrift-Mandat SEPA Direct Debit-Mandate

Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers DE16ZZZ00001941136 SEPA Creditor Identification number DE16ZZZ00001941136

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

Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

I/we authorise Freedom Health GmbH to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instruction from the creditor Freedom Health GmbH.

Note: I can (we can) within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon the financial authority apply.

My (our) rights to this mandate are contained in a leaflet that I (we) can request from the bank.

Bitte alle Felder ausfüllen Please complete all fields

Mandatsreferenz Mandate details

Freedom Health GmbH.

Bitte beachten Sie, dass die Referenz "Freedom Health GmbH by Stripe via PPRO" auf Ihrem Bankkonto erscheinen wird.
Please note that the reference "Freedom Health GmbH by Stripe via PPRO" will appear on your bank statement.

Identifikation des Zahlungspflichtigen Identification of the debtor

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen:
Payers name and address:

Postleitzahl:
Postcode:

IBAN und BIC (finden Sie in Ihren Kontoauszügen) IBAN and BIC (can be found on bank statement)

IBAN des Zahlungspflichtigen:
IBAN number:

BIC Bankleitzahl des Zahlungspflichtigen:
BIC/SWIFT number:

Unterschrift(en):
Signature(s):

Unterzeichnet von:
Signed by (print name):

Datum:
Date:

2. Kreditkarte Debit and Credit Card

Wenn Sie sich für die Zahlung per Karte entscheiden, beachten Sie bitte, dass wir für die Abwicklung von Kartenzahlungen Stripe verwenden, einen sicheren Zahlungsdienstleister.

Erste Zahlung: Sobald Sie die Kartenzahlungsoption ausgewählt haben, senden wir Ihnen über Stripe einen Zahlungslink per E-Mail. Über diesen Link können Sie Ihre erste Zahlung sicher online tätigen.

Autorisierung für zukünftige Zahlungen: Indem Sie Ihre Kartendaten über den Stripe-Zahlungslink eingeben und Ihre erste Zahlung leisten, ermächtigen Sie Freedom Health GmbH, zukünftige Prämienzahlungen automatisch am Fälligkeitsdatum für jeden Prämienzeitraum von dieser Karte einzuziehen. Dadurch wird sichergestellt, dass Ihre Police aktiv bleibt und Zahlungen bequem eingezogen werden, ohne dass zusätzliche Maßnahmen Ihrerseits erforderlich sind.

If you choose to pay by card, please note that we use **Stripe**, a secure payment merchant, to process card payments.

First Payment: Upon selecting the card payment option, we will send you a payment link via email through Stripe. This link will allow you to securely make your first payment online.

Authorisation for Future Payments: By entering your card details through the Stripe payment link and making your first payment, you authorise **Freedom Health GmbH** to automatically collect future premium payments from this card on the due date for each premium period. This ensures your policy remains active and payments are collected conveniently without the need for additional actions on your part.

Bitte bestätigen Sie Ihre E-Mail-Adresse und wir senden Ihnen eine Rechnung per E-Mail über unser Online-Zahlungssystem (Stripe). Wenn Sie keine E-Mail-Adresse haben, senden wir die Rechnung per Post. [Please confirm your email address and we will send you a payment link. If you don't have an email, please discuss alternative options.](#)

E-mail adresse:

Email address:

Unterschrift:

Signed:

Datum:

Date:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

3. Überweisung Bank Transfer

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

E-mail adresse:

Email address:

Freedom Health GmbH - Hohe Bleichen 8, 20354 Hamburg

Insurance agent with licence according to § 34d Abs. 7 GEWO Reg. No. [D-HWU8-3V81O-73]

FINOM PAYMENTS IBAN: DE44 1001 8000 0664 3194 71 BIC: FNOMDEB2

Registered office: Hamburg – Amtsgericht Hamburg [HRB 185239]] - Managing Directors Nikolaus Suhr, Hooshiar Mireskandari, Sarah Ciranouch Saumtally

Freedom Health GmbH · Hohe Bleichen 8, 20354 Hamburg

Versicherungsvertreter mit Erlaubnis nach § 34d Abs. 7 GEWO Reg.-Nr. [D-HWU8-3V81O-73]

FINOM PAYMENTS IBAN: DE44 1001 8000 0664 3194 71 BIC: FNOMDEB2

Sitz: Hamburg · Amtsgericht Hamburg [HRB 185239]] Geschäftsführer Nikolaus Suhr, Hooshiar Mireskandari, Sarah Ciranouch Saumtally

Was sind EWR-Dienstleister

EWR-Dienstleister sind private Versicherungsunternehmen mit Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR), die Inländern von ihrem ausländischen Sitz aus Krankheitskostenschutz gewähren. Sie werden von den zuständigen Behörden ihres Herkunftsstaats beaufsichtigt. Zusätzlich unterliegen sie bei ihrer Geschäftstätigkeit in Deutschland einer eingeschränkten Aufsicht durch die BaFin gemäß § 110a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG).

Erfüllen EWR-Dienstleister die Versicherungspflicht in Deutschland

Jede Person mit Wohnsitz in Deutschland muss nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) bei einem Versicherungsunternehmen, das in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassen ist, eine substitutive Krankenvollversicherung abschließen und aufrechterhalten. Diese hat bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen. Grundsätzlich kann auch ein Vertrag bei einem Versicherer aus einem anderen Land der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums geeignet sein, diese gesetzliche Versicherungspflicht zu erfüllen. Dies dürfte jedoch vornehmlich ausländische Bürger betreffen, die Krankenversicherungsverträge bereits vor Verlegung Ihres Wohnsitzes nach Deutschland abgeschlossen haben.

Vertragslaufzeiten

Verträge mit EWR-Dienstleistern werden meist für ein Jahr abgeschlossen. Nach Ablauf des Jahres wird der Versicherungsvertrag zu den dann gültigen Bedingungen erneuert, sofern der Versicherte nicht widerspricht. Falls es gesetzliche Änderungen erfordern bzw. der Versicherer in der BRD kein Geschäft mehr zeichnet, kann dies zur Beendigung eines Vertrages führen.

Kosten bei vorzeitiger Kündigung

Eine Europäische Krankenversicherung kann mit Unterstützung der FinanzSchneiderei auch unterjährig beendet werden, falls keine Leistungen im laufenden Versicherungsjahr ausbezahlt wurden. Als Makler übernehmen wir für Sie den Schriftwechsel zur vorzeitigen Vertragsbeendigung gegen ein Honorar von drei Monatsbeiträgen (inkl. MwSt.).

Altersrückstellungen

Es gibt gegenwärtig keinen EWR-Dienstleister, der Altersrückstellungen bildet – die Beiträge sind nach Art einer Schadensversicherung kalkuliert und werden im Alter deutlich teurer. Daher sollten persönliche Rücklagen gebildet werden, wir beraten Sie auf Wunsch gerne. Deutsche Private Krankenvollversicherungen sind nach Art einer Lebensversicherung berechnet und die Beiträge sollten im Vergleich im Alter weniger stark ansteigen.

Arbeitgeberzuschuss

Ein Arbeitgeberzuschuss wird nach §257 Abs. 2a SGB V nur dann gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen die dort genannten Voraussetzungen erfüllt. Es muss insbesondere die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreiben. Ein deutscher Arbeitgeber ist daher nicht verpflichtet, einen Zuschuss zu gewähren.

Pflegepflichtversicherung

Nach Maßgabe des § 23 Absätze 1 und 2 des Elften Sozialgesetzbuchs müssen sich privat Krankenversicherte bei einem privaten Versicherungsunternehmen auch gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichern. Dies gilt jedoch grundsätzlich nur, wenn der abgeschlossene Krankenversicherungsvertrag der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG auch tatsächlich genügt. Eine private Pflegeversicherung wird von EWR-Dienstleistern nicht angeboten. Sie muss daher gesondert bei einem deutschen Krankenversicherer abgeschlossen werden. Diese sind verpflichtet, mit den Personen, die laut Gesetz eine Pflegeversicherung haben müssen, auf Antrag einen solchen Vertrag abzuschließen – aber eben nur mit diesen. Ist das nicht der Fall, so kann der deutsche Versicherer, bei dem eine Aufnahme in die Pflegepflichtversicherung begehrt wird, den Antrag ablehnen.

Unterschiede zur deutschen PKV

EWR-Dienstleister sind, im Gegensatz zu Deutschen Privaten Krankenvollversicherern, unter anderem nicht verpflichtet einen Basis-Tarif gem. § 193 Abs. 5 VVG anzubieten. Sie müssen auch keinen Vertrag fortführen, wenn die Beiträge nicht vollständig bezahlt wurden. Das Kündigungsverbot gem. § 193 Abs. 5 VVG trifft auf die EWR-Dienstleister ausdrücklich nicht zu.

Strafprämien

Mit der Aufnahme in eine Krankheitskostenabsicherung eines ausländischen EWR-Dienstleisters werden keine Strafprämien erhoben, da es sich um eine reine Risikoversicherung handelt. Bei Eintritt in eine deutsche substitutive Krankenvollversicherung (unabhängig ob privat oder gesetzlich) können in Abhängigkeit der Prüfung durch das deutsche Versicherungsunternehmen weiterhin Strafbeiträge, auch für den Zeitraum der Mitgliedschaft bei einem EWR-Dienstleister, erhoben werden.

Substitutive Krankenvollversicherung

Die Beiträge einer substitutiven Krankenversicherung müssen u.a. nach Art der Lebensversicherung kalkuliert sein. Die angebotene Absicherung kann eine deutsche gesetzliche oder private Krankenvollversicherung daher nicht ersetzen. Wir bieten die Tarife der EWR-Dienstleister als rein optionale Krankheitskostenabsicherung an.

Moratorium

EWR-Dienstleister bieten in der Regel eine sog. Moratoriumsregelung für gesundheitliche Risiken an. Dies bedeutet, dass nachweisliche Erkrankungen und bekannte gesundheitliche Probleme aus den vergangenen Jahren innerhalb der ersten Jahre nicht gedeckt sind. Es findet ein vollständiger Ausschluss bestehender gesundheitlicher Risiken statt. Nach (meist) zwei bis fünf Jahren ununterbrochener Versicherung kann eine frühere Erkrankung als Neu-Erkrankung abgedeckt werden. Voraussetzung ist, dass in diesen Jahren keine Behandlung oder Einnahme von Medikamenten stattgefunden hat sowie der Versicherte nicht unter (evtl. auch unbehandelten) Symptomen gelitten hat. Chronische Erkrankungen und genetische Defekte sind grundsätzlich von der Deckung ausgeschlossen. Möchten Sie wissen, wie bestehende Vorerkrankungen abgedeckt oder ausgeschlossen werden, können Sie eine Risikoprüfung vor Vertragsabschluss durchführen.

Leistungsabwicklung

Aufgrund der Moratoriumsregel ist der Aufwand zum Zeitpunkt der Antragsstellung überschaubar, dafür müssen bei der Einreichung von Rechnungen detaillierte Auskünfte zur Erkrankung und Behandlung gegeben werden. Die Fristen, in denen Rechnungen eingereicht werden können, sind wesentlich kürzer und betragen in der Regel 3 - 6 Monate nach Behandlungsdatum.

Wer sollte keinen Antrag auf eine Europäische Krankenversicherung stellen

Bestehende akute oder chronische Erkrankungen sind von der Deckung durch Europäische Krankenversicherungen immer ausgeschlossen. Wer krank ist, wird für sein Geld keine adäquate Leistung erhalten, da bestehende Krankheiten und alles, was damit verbunden ist oder sein kann, von der Versicherung nicht abgedeckt wird.

Damit unterliegen vor allem chronische Erkrankungen wie hoher Blutdruck (Hypertonie), Herz-/Kreislaufkrankungen oder Diabetes so umfangreichen Ausschlusskriterien, dass eine Krankenversicherung über einen EWR-Dienstleister in der Regel nicht sinnvoll ist.

Sonstige Hinweise

Besonders bei den günstigen Tarifen wird oft mit allgemeinen Ausschlüssen gearbeitet. Bitte beachten Sie unbedingt die AGBs der Versicherer, um sich über Fristen und Ausschlüsse zu informieren. Zusatzversicherungen, wie z. B. Krankentagegelder, Aufbautarife für Zahnersatz oder eben die Pflegepflichtversicherung, werden von EWR-Dienstleistern nicht angeboten.

Erklärung zur Beratungsdokumentation

Aufgrund der finanziellen Möglichkeiten, des Gesundheitszustandes oder eines langfristigen Auslandsaufenthaltes soll eine Aufnahme in eine deutsche Krankenversicherung (vorerst) nicht erfolgen. Der Mandant bestätigt den Erhalt der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der Tarifinformationen sowie einem Auszug der Informationsbroschüre der BaFin zum Thema EWR-Dienstleister. Der Mandant bestätigt aktuell nicht krankenversichert zu sein und die o.g. Informationen erhalten und gelesen zu haben. Es wurde eine auf die Europäische Krankenversicherung eingeschränkte Beratung gewünscht. Zu den Möglichkeiten der Rückkehr bzw. Eintritt in das deutsche Krankenversicherungssystem wurde dennoch detailliert informiert. Die Beratung umfasste unter anderem folgende Inhalte:

- Substitutive Krankenversicherung / Erhebung von Strafbeiträgen
- Unterschiede Normaltarif / Basistarif / Notlagentarif
- Pflegepflichtversicherung / Krankentagegeld

Einwilligungserklärung (unbedingt erforderlich)

Bevor Sie diese Beratungsdokumentation unterschreiben lesen Sie bitte unsere Datenschutzerklärung auf der Rückseite.

Ich bin mit dem Versand von unverschlüsselten E-Mails zur Auftragsabwicklung einverstanden – explizit auch für den Fall, dass in der E-Mail besondere persönliche Daten (z.B. Gesundheitsdaten/Finanzstatus) enthalten sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die FinanzSchneiderei zur Durchführung des Auftrags Gesundheitsdaten über mich im Rahmen des in der Datenschutzerklärung beschriebenen Umfangs verarbeitet. Ich stimme zu, dass diese Gesundheitsdaten an die benannten Dienstleister übermittelt und durch diese wie beschrieben verarbeitet werden.

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen – jedoch nur für die Zukunft – widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt davon unberührt.

Führt der Widerruf der Einwilligung dazu, dass der in der geregelte Vertragszweck nicht mehr erfüllt werden kann, endet automatisch die vereinbarte Verpflichtung der FinanzSchneiderei gegenüber dem Mandanten.

Datum

Unterschrift Mandant



Datenschutzerklärung

(Stand 09/2022)

1. Präambel

Der Mandant wünscht die Vermittlung und/oder Verwaltung seiner Vertragsverhältnisse gegenüber Versicherern, Bausparkassen und/oder Anlagegesellschaften und/oder sonstigen Unternehmen, mit welchen der Makler zusammenarbeitet, aufgrund der vereinbarten Regelungen (Auftrag/Maklervertrag) mit dem Makler. Zu deren Umsetzung, insbesondere der Vertragsvermittlung und -verwaltung, soll der Makler alle in Betracht kommenden Daten des Kunden verarbeiten, erhalten, verwenden, speichern, übermitteln und weitergeben dürfen.

2. Name und Anschrift des für die Verarbeitung Verantwortlichen

Verantwortlicher im Sinne der datenschutzrechtlichen Bestimmungen ist:

FinanzSchneiderei GmbH & Co. KG Versicherungsmakler
St.-Jakobs-Platz 1, DE-86316 Friedberg / Bayern D-88UK-71CSR-84

3. Rechtsgrundlage, Einwilligung in die Datenverarbeitung

- Der Makler verarbeitet die personenbezogenen Daten des zur Erfüllung und Durchführung des erteilten Auftrags und in dem in diesen Datenschutzhinweisen beschriebenen Umfang.
- Die beschriebene Verarbeitung personenbezogener Daten ist für die Vertragsdurchführung erforderlich und beruht auf der Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO. Die Verarbeitung von Gesundheitsdaten erfolgt nur mit der Einwilligung des Auftraggebers und beruht auf der Rechtsgrundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO.
- Soweit die Verarbeitung personenbezogener Daten zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung erforderlich ist, beruht diese Verarbeitung auf Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO.
- Der Makler gibt die Daten des Mandanten, insbesondere auch die Gesundheitsdaten des Kunden, zur Einholung von Stellungnahmen und Gutachten, sowie zur rechtlichen Prüfung von Ansprüchen an von Berufswegen zur Verschwiegenheit verpflichtete Personen (z.B. Anwälte und Steuerberater) weiter.

4. Mitarbeiter und Vertriebspartner

Die personenbezogenen Daten des Mandanten einschließlich der Gesundheitsdaten werden durch die Mitarbeiter und Erfüllungsgehilfen des Maklers eingesehen und für die Beratung gegenüber dem Mandanten und dem Versicherer verwendet. Zu den Mitarbeitern des Maklers zählen alle Arbeitnehmer, selbständige Handelsvertreter, Empfehlungsgeber und sonstige Erfüllungsgehilfen, die mit dem Makler eine vertragliche Regelung unterhalten. Die personenbezogenen Daten des Mandanten, sein Finanzstatus und die Gesundheitsdaten werden an diese und künftige Mitarbeiter des Maklers zum Zwecke der Ver-

tragsbetreuung weitergegeben und im Rahmen des Vertragszweckes eingesehen, verarbeitet und verwendet.

5. Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden

Die Daten des Mandanten werden nach Kündigung der Zusammenarbeit im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen, gelöscht. Zur Abwehr zukünftiger Schadenersatzansprüche können sich die Löschfristen entsprechend verlängern.

6. Rechte des Mandanten als betroffene Person

Dem Mandanten stehen sämtliche in Kapitel 3 (Art. 12-23) DSGVO genannten Rechte zu, insbesondere das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruchsrecht und Recht auf Datenübertragbarkeit.

7. Kooperationspartner

Dem Kunden ist bekannt, dass der Makler im Rahmen seiner auftragsgemäß übernommenen Aufgaben mit Kooperationspartnern zusammenarbeitet. Aus diesem Grunde wurden die Kooperationspartner bevollmächtigt. Zum Zwecke der auftragsgemäßen Umsetzung ist es neben der Bevollmächtigung ebenfalls erforderlich, dass der Kooperationspartner die Daten des Mandanten erhält und verarbeitet.

8. Datenübertragung in Drittländer

Sollten wir Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt dies nur, soweit dem Drittland von der EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien bestehen.

9. Widerruf der Einwilligung

Die Einwilligung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten kann durch den Mandanten jederzeit und ohne Begründung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die an der Vertragsvermittlung und/oder -verwaltung beteiligten Unternehmen werden sofort über den Widerruf informiert und verpflichtet, unverzüglich die gesetzlichen Regelungen der DSGVO und des BDSG umzusetzen.

10. Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde

Der Mandant hat jederzeit die Möglichkeit, wegen der Verarbeitung personenbezogener Daten Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde einzulegen (Art. 77 DSGVO). Die zuständige Aufsichtsbehörde für die Verarbeitung personenbezogener Daten durch den Makler ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht.