



## **Unterlagen zum Abschluss einer Europäischen Krankenversicherung bei der IMG International Medical Group**

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

#### **Wie geht's dann weiter?**

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

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

#### **Noch Fragen?**

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

Herzliche Grüße

Ihr Ferdinand Steiner

# Moratorium Antrag (Deutschland) Moratorium Application (Germany)



Versichert durch die SiriusPoint International Insurance Corporation  
Underwritten by SiriusPoint International Insurance Corporation

Moratorium - Wir übernehmen keine Kosten für die Heilbehandlung von Krankheiten (oder spezifizierten Krankheiten), die in den letzten fünf Jahren vor Versicherungsbeginn aufgetreten sind. Nach Versicherungsbeginn können jedoch alle zulässigen Vorerkrankungen berücksichtigt werden, wenn Sie seit zwei Jahren ohne Unterbrechung behandlungs-, medikamenten-, symptom- und untersuchungsfrei gewesen sind. Dies hat zur Folge, dass bestimmte bestehende oder immer wiederkehrende Erkrankungen nicht abgedeckt werden.

Moratorium - We do not cover treatment of any medical conditions (or specified condition) that existed during the five years before the start of your policy. However, after joining, all eligible pre-existing conditions may be considered if you have been treatment, medication, symptom and check-up free for a continuous period of two years. As a result, there are some ongoing or recurring medical conditions that will never be covered.

## Ausfüllen dieses Formulars

### Filling out this form

- Bitte füllen Sie dieses Formular aus, um einen unserer vier Global Prima-Krankenversicherungspläne zu beantragen.
- Use this form to apply for one of our four Global Prima Medical Insurance Plans.
- Beantworten Sie bitte sorgfältig alle folgenden Fragen, die für uns bei der Bereitstellung dieser Versicherung und der Festlegung der Versicherungsbedingungen und der Versicherungsprämie maßgeblich sind. Bitte kontaktieren Sie uns, wenn Sie die Frage oder den Inhalt der erforderlichen Informationen nicht verstanden haben, oder lassen Sie sich von Ihrem Versicherungsvermittler beraten. Wenn Sie keine Angaben machen oder unvollständige oder ungenaue Angaben übermitteln, kann dies zum Wegfall des Versicherungsschutzes oder zu anderen Rechtsbehelfen führen. Vergessen Sie nicht, die Deklaration auf Seite 6 zu unterschreiben.
- You must take care in answering all the following questions which are relevant to us in providing this insurance and setting the terms and premium. Please contact us if you do not understand the question or the nature of the information required or please seek guidance from your broker. Failure to provide information or the provision of incomplete or inaccurate information may result in the loss of cover or other remedies. Remember to sign the Declaration on page 6.
- Bitte schreiben Sie leserlich und in Großbuchstaben.
- Please write clearly using capital letters.
- Wenn Sie von einer anderen Versicherungsgesellschaft oder von einer IMG-Gruppenversicherung überwechseln, müssen Sie eine Kopie Ihres aktuellen Versicherungsscheins beifügen.
- If you are transferring from another insurer or from an IMG group policy, you must attach a copy of your current Certificate of Insurance.
- Falls Sie Fragen haben, rufen Sie uns bitte unter der Telefonnummer +44 (0) 1903 817970 (UK) an.
- If you have any questions, call us on +44 (0) 1903 817970 (UK).
- Sollen Sie eine Kopie dieses Antragsformulars wünschen, so lassen Sie uns dies bitte innerhalb von 3 Monaten wissen.
- If you'd like a copy of this application form, please let us know within 3 months.

## Wie geht's weiter?

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

• Wir werden Ihnen innerhalb von 5 Arbeitstagen die Vertragsbedingungen schriftlich zukommen lassen und Sie um Ihre Zahlung bitten.

• Sobald wir Ihre geleistete Zahlung erhalten haben, senden wir Ihnen die Versicherungsunterlagen zu.

## 1 Festlegung des Versicherungsschutzes

### Choosing your level of cover

Bitte wählen Sie die nachstehenden **Tarife** aus, um alle in diesem Antrag erfassten Personen zu versichern, und kreuzen Sie dann die Kästchen an, um den gewünschten Versicherungsumfang zu bestimmen.

<input type="checkbox"/> BRONZE PLUS	<input type="checkbox"/> SILVER	<input type="checkbox"/> GOLD	<input type="checkbox"/> PLATINUM
<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre und ambulante Behandlung In-patient, day-patient, and out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre und ambulante Behandlung In-patient, day-patient, and out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre und ambulante Behandlung In-patient, day-patient, and out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Stationäre und ambulante Behandlung In-patient, day-patient, and out-patient treatment
<input checked="" type="checkbox"/> Rücktransport oder Rückführung Evacuation or Repatriation	<input checked="" type="checkbox"/> Rücktransport oder Rückführung Evacuation or Repatriation	<input checked="" type="checkbox"/> Rücktransport oder Rückführung Evacuation or Repatriation	<input checked="" type="checkbox"/> Rücktransport oder Rückführung Evacuation or Repatriation
Höchstbetrag für normale Schwangerschaft und Geburt*: Routine Pregnancy & Childbirth limit*: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> £5,000/€5,000/US\$5,000 <input type="checkbox"/> £10,000/€10,000/US\$10,000 <input type="checkbox"/> £20,000/€20,000/US\$20,000	Höchstbetrag für normale Schwangerschaft und Geburt*: Routine Pregnancy & Childbirth limit*: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> £5,000/€5,000/US\$5,000 <input type="checkbox"/> £10,000/€10,000/US\$10,000 <input type="checkbox"/> £20,000/€20,000/US\$20,000	Höchstbetrag für normale Schwangerschaft und Geburt*: Routine Pregnancy & Childbirth limit*: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> £5,000/€5,000/US\$5,000 <input type="checkbox"/> £10,000/€10,000/US\$10,000 <input type="checkbox"/> £20,000/€20,000/US\$20,000	Höchstbetrag für normale Schwangerschaft und Geburt*: Routine Pregnancy & Childbirth limit*: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> £5,000/€5,000/US\$5,000 <input type="checkbox"/> £10,000/€10,000/US\$10,000 <input type="checkbox"/> £20,000/€20,000/US\$20,000
Höchstbetrag für Zahnbehandlungen Dental Treatment Limit <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> £1,000/€1,000/US\$1,000 <input type="checkbox"/> £2,000/€2,000/US\$2,000	Höchstbetrag für Zahnbehandlungen Dental Treatment Limit <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> £1,000/€1,000/US\$1,000 <input type="checkbox"/> £2,000/€2,000/US\$2,000	Höchstbetrag für Zahnbehandlungen Dental Treatment Limit <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> £1,000/€1,000/US\$1,000 <input type="checkbox"/> £2,000/€2,000/US\$2,000	Höchstbetrag für Zahnbehandlungen Dental Treatment Limit <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> £1,000/€1,000/US\$1,000 <input type="checkbox"/> £2,000/€2,000/US\$2,000
Deckungsbereich: Area of cover:			
<input type="checkbox"/> Bereich 1 - Europa Area 1 - Europe <input type="checkbox"/> Bereich 2 - Weltweit außer in den USA und allen amerikanischen Bundesstaaten. Area 2 - Worldwide excluding USA and any USA territories. <input type="checkbox"/> Gebiet 3 - Weltweit Area 3 - Worldwide	<input type="checkbox"/> Gebiet 1 - Europa Area 1 - Europe <input type="checkbox"/> Bereich 2 - Weltweit außer in den USA und in allen amerikanischen Bundesstaaten. Area 2 - Worldwide excluding USA and any USA territories. <input type="checkbox"/> Gebiet 3 - Weltweit Area 3 - Worldwide	<input type="checkbox"/> Gebiet 1 - Europa Area 1 - Europe <input type="checkbox"/> Bereich 2 - Weltweit außer in den USA und in allen amerikanischen Bundesstaaten. Area 2 - Worldwide excluding USA and any USA territories. <input type="checkbox"/> Gebiet 3 - Weltweit Area 3 - Worldwide	<input type="checkbox"/> Gebiet 1 - Europa Area 1 - Europe <input type="checkbox"/> Bereich 2 - Weltweit außer in den USA und in allen amerikanischen Bundesstaaten. Area 2 - Worldwide excluding USA and any USA territories. <input type="checkbox"/> Gebiet 3 - Weltweit Area 3 - Worldwide
In welcher Währung möchten Sie Ihre Versicherungsbeiträge bezahlen? Ihre Versicherungsleistungen werden ebenfalls in dieser Währung erbracht. In which currency would you like to pay your premium? Your policy benefits will also be in this currency.			
<input type="checkbox"/> GBP£ <input type="checkbox"/> EUR€ <input type="checkbox"/> USD\$			
Wie hoch soll Ihre Selbstbeteiligung sein? Die Selbstbeteiligung wird pro Person und Versicherungsjahr berechnet und entfällt bei den Routineleistungen während der Schwangerschaft und Geburt sowie bei den Zusatzleistungen für zahnärztliche Behandlungen, Rücktransport oder Rückführung, Wellness, Augenoptik und Impfungen. Wählen Sie einen höheren Selbstbeteiligungsbeitrag, um Ihren Versicherungsbeitrag zu reduzieren. How much excess would you like to pay? Excess is per person per policy year and does not apply to Routine Pregnancy and Childbirth and Dental Treatment options, Evacuation or Repatriation, Well-being, Optical and Vaccinations benefits. To reduce your premium amount, choose a higher policy excess.			
<input type="checkbox"/> Null / Nil <input type="checkbox"/> £500/€500/US\$500 <input type="checkbox"/> £7,500/€7,500/US\$7,500	<input type="checkbox"/> £50/€50/US\$50 <input type="checkbox"/> £1,000/€1,000/US\$1,000	<input type="checkbox"/> £150/€150/US\$150 <input type="checkbox"/> £2,500/€2,500/US\$2,500	<input type="checkbox"/> £300/€300/US\$300 <input type="checkbox"/> £5,000/€5,000/US\$5,000
Wie möchten Sie Ihren Versicherungsbeitrag bezahlen? Wir werden Ihnen nach der Bearbeitung Ihres Antrags die entsprechenden Informationen zukommen lassen. How would you like to pay your premium? We'll send details following acceptance of your application.			
<input type="checkbox"/> Jährlich / Annually <input type="checkbox"/> Vierteljährlich / Quarterly <input type="checkbox"/> Monatlich / Monthly	<input type="checkbox"/> Kredit-/Debitkarte / Credit/Debit Card <input type="checkbox"/> Kredit-/Debitkarte / Credit/Debit Card <input type="checkbox"/> Kredit-/Debitkarte / Credit/Debit Card	<input type="checkbox"/> SEPA-Lastschriftinzug / SEPA Direct Debit <input type="checkbox"/> SEPA-Lastschriftinzug / SEPA Direct Debit <input type="checkbox"/> SEPA-Lastschriftinzug / SEPA Direct Debit	<input type="checkbox"/> Banküberweisung / Bank Transfer <input type="checkbox"/> Banküberweisung / Bank Transfer <input type="checkbox"/> Banküberweisung / Bank Transfer
# SEPA-Lastschriftzahlungen ausschließlich von Bankkonten in der EU/EEA. # SEPA Direct Debit payments from EU/EEA bank accounts only.			

\*Wenn die optionale Leistung für Routine-Schwangerschaft und Geburt für den Familienschutz ausgewählt wird, gilt sie für alle weiblichen Personen, die in dieser Police im Alter von 18 bis 54 Jahren eingeschlossen sind.  
\*If the optional benefit for routine pregnancy and childbirth is selected for family cover it will be applied to all females included in this policy aged 18 to 54.

## 2 Ihre Angaben Your details

### Angaben zum Versicherten

#### Policyholder details

**Titel**  
Title

Mr Herr  Mrs Frau  Miss Frau  Ms Frau  Other: Sonstiges:

**Vorname(n)**  
First name(s)

**Nachname**  
Surname

**Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)**  
Date of birth (DD-MM-YYYY)

**Geschlecht**  
Gender

**Größe (cm/ft)**  
Height (cm/ft)

**Gewicht (kg/lbs)**  
Weight (kg/lbs)

**Branche**  
Industry

**Beruf (bitte vollständige Angaben machen)**  
Occupation (please give full details)

**Nationalität (das Land, für das Sie einen Pass besitzen, Staatsbürger, Staatsangehöriger oder Untertan sind)**  
Nationality (the country for which you are a passport holder, a citizen, national or subject)

**E-Mail-Adresse**  
Email address

**Wohnsitzland (das Land, in dem Sie während Ihres Versicherungszeitraums die meiste Zeit leben möchten)**  
Country of Residence (the country where you plan to live most of the time during your period of cover)

Ist der Versicherte im Rahmen dieser Versicherungspolice zu versichern?  Ja  Nein  
Is the Policyholder to be insured under this policy?

#### Bankadresse Residence Address

**Postleitzahl:**  **Land**   
Postcode: Country

#### Zustelladresse (falls abweichend) Correspondence address (if different)

**Postleitzahl:**  **Land**   
Postcode: Country

#### Telefonnummer

##### Phone numbers

**Wohnort:**   
Home:

**Arbeitsplatz:**   
Work:

**Mobiltelefon:**   
Mobile:

**Fax:**

Sind Sie US-amerikanischer Staatsbürger oder anderweitig berechtigt, dauerhaft in den USA zu leben (z. B. aufgrund einer Green Card)?  
Are you a USA citizen or are you otherwise lawfully authorised to live permanently in the USA (e.g. because you hold a green card)?

Ja Yes  Nein No

### Informationen zu einem weiteren Familienmitglied/Additional family member details

Bitte geben Sie alle weiteren Familienmitglieder an, die durch diese Versicherungspolice versichert werden sollen. Dazu gehört Ihr Ehegatte/Partner und Ihre Kinder unter 25 Jahren, die mit Ihnen dauerhaft zusammenleben oder eine Vollzeitausbildung machen.

Please give details of any additional family members to be covered by this policy. This includes your spouse/partner and any children under the age of 25 years of age who are permanently living with you or in full time education.

Falls Sie mehr als vier zusätzliche Familienmitglieder versichern möchten, müssen Sie diese Seite fotokopieren, bevor Sie mit dem Ausfüllen dieses Abschnitts anfangen, und nummerieren Sie jedes Blatt anhand der Kästchen auf der rechten Seite, damit wir die Übersicht nicht verlieren.

If more than four additional family members are to be covered, please photocopy this page before you start filling in this section, and number each sheet using the boxes on the right to help us keep track.

Exemplarnummer von

Copy number of  of

#### 1<sup>tes</sup> Familienmitglied / 1<sup>st</sup> family member

**Titel**  
Title

**Vorname(n)**  
First name(s)

**Nachname**  
Surname

**Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)**  
Date of birth (DD-MM-YYYY)

**Geschlecht**  
Gender

**Größe (cm/ft)** **Gewicht (kg/lbs)**  
Height (cm/ft) Weight (kg/lbs)

**Verhältnis zum Versicherten**  
Relationship to policyholder

**Email** Email

**Branche** Industry

**Beruf**  
Occupation

**Staatsangehörigkeit**  
Nationality

**Wohnsitzland**  
Country of residence

#### 2<sup>tes</sup> Familienmitglied / 2<sup>nd</sup> family member

**Titel**  
Title

**Vorname(n)**  
First name(s)

**Nachname**  
Surname

**Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)**  
Date of birth (DD-MM-YYYY)

**Geschlecht**  
Gender

**Größe (cm/ft)** **Gewicht (kg/lbs)**  
Height (cm/ft) Weight (kg/lbs)

**Verhältnis zum Versicherten**  
Relationship to policyholder

**Email** Email

**Branche** Industry

**Beruf**  
Occupation

**Staatsangehörigkeit**  
Nationality

**Wohnsitzland**  
Country of residence

#### 3<sup>tes</sup> Familienmitglied / 3<sup>rd</sup> family member

**Titel**  
Title

**Vorname(n)**  
First name(s)

**Nachname**  
Surname

**Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)**  
Date of birth (DD-MM-YYYY)

**Geschlecht**  
Gender

**Größe (cm/ft)** **Gewicht (kg/lbs)**  
Height (cm/ft) Weight (kg/lbs)

**Verhältnis zum Versicherten**  
Relationship to policyholder

**Email** Email

**Branche** Industry

**Beruf**  
Occupation

**Staatsangehörigkeit**  
Nationality

**Wohnsitzland**  
Country of residence

#### 4<sup>tes</sup> Familienmitglied/4<sup>th</sup> family member

**Titel**  
Title

**Vorname(n)**  
First name(s)

**Nachname**  
Surname

**Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)**  
Date of birth (DD-MM-YYYY)

**Geschlecht**  
Gender

**Größe (cm/ft)** **Gewicht (kg/lbs)**  
Height (cm/ft) Weight (kg/lbs)

**Verhältnis zum Versicherten**  
Relationship to policyholder

**Email** Email

**Branche** Industry

**Beruf**  
Occupation

**Staatsangehörigkeit**  
Nationality

**Wohnsitzland**  
Country of residence

## Angaben zum behandelnden Arzt und zum Heilpraktiker

Medical Practitioner's Details

Bitte geben Sie den Namen Ihres derzeitigen Arztes oder des Arztes an, der am besten mit Ihrer Krankengeschichte vertraut ist.  
Please provide details of your current medical practitioner or the one who is most familiar with your medical history.

Name

Name des Versicherten oder eines Familienmitglieds  
Policyholder or Family Member's Name

E-Mail-Adresse  
Email address

Telefon  
Tel  Fax

Anschrift  
Address

Postleitzahl:  
Postcode:  Land  
Country

Name

Name des Versicherten oder eines Familienmitglieds  
Policyholder or Family Member's Name

E-Mail-Adresse  
Email address

Telefon  
Tel  Fax

Anschrift  
Address

Postleitzahl:  
Postcode:  Land  
Country

Name

Name des Versicherten oder eines Familienmitglieds  
Policyholder or Family Member's Name

E-Mail-Adresse  
Email address

Telefon  
Tel  Fax

Anschrift  
Address

Postleitzahl:  
Postcode:  Land  
Country

Name

Name des Versicherten oder eines Familienmitglieds  
Policyholder or Family Member's Name

E-Mail-Adresse  
Email address

Telefon  
Tel  Fax

Anschrift  
Address

Postleitzahl:  
Postcode:  Land  
Country

## Medizinische Angaben zur Gesundheit

### Health Declaration

Bitte beantworten Sie für jede Person, die eine Versicherung beantragt die nachstehenden Fragen  
Please answer for each person applying for cover

Exemplarnummer  von   
Copy number  of

Versicherter Policyholder	1 <sup>tes</sup> Familienmitglied 1 <sup>st</sup> family member	2 <sup>tes</sup> Familienmitglied 2 <sup>nd</sup> family member	3 <sup>tes</sup> Familienmitglied 3 <sup>rd</sup> family member	4 <sup>tes</sup> Familienmitglied 4 <sup>th</sup> family member
Befinden Sie oder ein anderer Antragsteller sich derzeit in einem Krankenhaus, stehen Sie auf einer Warteliste für einen Krankenhausaufenthalt oder für eine Operation oder müssen Sie sich einer Operation unterziehen? 1) Are you or any other applicant presently hospitalised, or scheduled on a waiting list for or in need of hospitalisation or surgery?				
<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Ja Yes
<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Nein No
2) Befinden Sie sich derzeit in einer laufenden Behandlung wegen einer Krebserkrankung oder wurde in den letzten zwölf Monaten eine solche Diagnose gestellt? 2) Are you currently receiving active treatment for any form of cancer or had a diagnosis in the last twelve months?				
<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Ja Yes
<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Nein No
3) Wurden Sie oder ein anderer Antragsteller zu irgendeinem Zeitpunkt positiv auf eine Erkrankung des Immunsystems getestet, diagnostiziert oder behandelt, z. B. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS Related Complex (ARC) Lymphadenopathy Syndrome, Human Immunodeficiency Virus (HIV)? 3) Have you or any other applicant at any time ever tested positive for, been diagnosed with, or been treated for any Immune System Disorder, including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS Related Complex (ARC) Lymphadenopathy Syndrome, Human Immunodeficiency Virus (HIV)?				
<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Ja Yes
<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Nein No

Bitte beachten Sie, dass wenn eine Person eine der obigen Fragen mit JA beantwortet hat, sie nicht für diese Versicherung in Frage kommt.  
Please note if a person has answered YES to any question above, he or she does not qualify for this insurance.

## 3 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) General Data Protection Regulation (GDPR)

Dies ist lediglich eine Zusammenfassung der Datenschutzrichtlinie der IMG und Ihrer Rechte gemäß der DSGVO. Eine vollständige Erläuterung darüber, wie wir Ihre personenbezogenen Daten erfassen und verwenden und welche Rechte Sie haben, finden Sie in unserer vollständigen Datenschutzerklärung, unter <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>.

This is only a summary of IMG's privacy policy and your rights under GDPR. For a complete explanation of how we gather and use your personal information and your corresponding rights, please review our complete Privacy Policy, which is available at <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>

IMG erfasst viele Arten von Daten, um effektiv zu arbeiten und Ihnen die bestmöglichen Produkte, Dienstleistungen und Erfahrungen bieten zu können. Unabhängig von der Quelle halten wir es für wichtig, diese Daten sorgfältig zu behandeln und Ihnen dabei zu helfen, Ihre Privatsphäre zu wahren.

IMG collects many kinds of information in order to operate effectively and provide you the best products, services and experiences we can. Regardless of the source, we believe it is important to treat that information with care and to help you maintain your privacy.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen unserer berechtigten Interessen, um Ihnen die von Ihnen erworbenen Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen. Hierzu gehören die Prüfung Ihres Antrags, die Verwaltung Ihrer Versicherungspolice und die Bearbeitung etwaiger Ansprüche. Darüber hinaus stützen wir uns auf die rechtmäßigen Grundlagen des erheblichen öffentlichen Interesses, um Betrug zu verhindern und die Integrität der Versicherungsbranche zu gewährleisten, auf gesetzliche Verpflichtungen zur Einhaltung von Vorschriften und Meldepflichten sowie auf vertragliche Notwendigkeiten, um Ihnen den in Ihrer Police beschriebenen Versicherungsschutz und die darin enthaltenen Dienstleistungen zu bieten.

We process your personal data as part of our legitimate interests to provide you with the services you have purchased. This includes assessing your application, managing your policy and handling claims. Additionally, we rely on the lawful bases of substantial public interest to prevent fraud and ensure the integrity of the insurance industry, legal obligations to comply with regulations and reporting requirements, and contractual necessity in order to provide you with the coverage and services outlined in your policy.

Wenn Sie uns Ihre Marketingeinwilligung erteilen, können wir Informationen über Sie von Dritten erheben, um uns dabei zu helfen, Versicherungsprodukte und -dienstleistungen zu ermitteln, die für Sie von Interesse sein könnten. Außerdem können wir Informationen mit Dritten teilen, wie z. B. Webanalysetools, um Ihnen relevante

Informationen und zukünftige Marketingmaterialien zu senden und für alle anderen in unserer Datenschutzrichtlinie dargelegten Zwecke. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.

By providing marketing consent, we may gather information about you from third parties to help us identify insurance products and services in which you may have interest, and share information with third parties, such as web analytics tools, in order to send you relevant information and future marketing materials, and for all other purposes set forth in our Privacy Policy. You may withdraw your consent at any time.

Wir behalten uns vor, Ihre Daten an Dritte weiterzugeben, die in unserem Namen Dienstleistungen erbringen, um uns bei unseren Geschäftsaktivitäten zu unterstützen. Diese Unternehmen sind berechtigt, Ihre personenbezogenen Daten nur insoweit zu verwenden, wie dies für die Erbringung dieser Dienstleistungen für uns erforderlich ist. Wenn wir Informationen an diese anderen Unternehmen weitergeben, um Dienstleistungen für uns zu erbringen, dürfen diese die Informationen nicht für andere Zwecke verwenden und müssen sie vertraulich behandeln. Diese Dienstleistungen können Folgendes umfassen:

We may share your information with third parties who provide services on our behalf to help with our business activities. These companies are authorized to use your personal information only as necessary to provide these services to us. When we share information with these other companies to provide services for us, they are not allowed to use it for any other purpose and must keep it confidential. These services may include:

- Entscheidung und Verwaltung des Schadenersatzprozesses
- Adjudicating and managing the claims process
- Zahlungsabwicklung an Gesundheitsdienstleister
- Payment processing to healthcare providers
- Bereitstellung von Kundenservice
- Providing customer service

In bestimmten Situationen kann IMG verpflichtet sein, personenbezogene Daten auf rechtmäßige Anfrage von Behörden offenzulegen, einschließlich zur Erfüllung nationaler Sicherheits- oder Strafverfolgungsanforderungen.

In certain situations, IMG may be required to disclose personal data in response to lawful requests by public authorities, including to meet national security or law enforcement requirements.

## 4 Hinweis zur transparenten Verarbeitung Fair Processing Notice

Diese Datenschutzerklärung erläutert, wie die SiriusPoint International Insurance Corporation (im Folgenden „wir“, „uns“ oder „Versicherer“) personenbezogene Daten von Versicherten, Antragstellern und anderen Parteien (im Folgenden „Sie“) bei der Erbringung von Versicherungs- und Rückversicherungsdienstleistungen erhebt und nutzt.

This Privacy Notice describes how SiriusPoint International Insurance Corporation (for the purpose of this notice "we", "us" or the "Insurer") collect and use the personal information of insureds, claimants and other parties (for the purpose of this notice "you") when we are providing our insurance and reinsurance services.

Die dem Versicherer zur Verfügung gestellten Informationen werden zusammen mit medizinischen und anderen Informationen, die wir von Ihnen oder anderen Parteien über Sie im Zusammenhang mit dieser Police erhalten, vom Versicherer zum Zwecke der Entscheidung über Ihren Antrag, der Durchführung der Versicherung (einschließlich des Prozesses der Risikoprüfung, Verwaltung, Schadenbearbeitung, versicherungsrelevanter Analysen, Rehabilitation und Bearbeitung von Kundenanliegen) sowie der Betrugsbekämpfung und -aufdeckung verwendet. Wir sind unter Umständen gesetzlich oder aufgrund einer vorhandenen Vertragsbeziehung mit Ihnen dazu verpflichtet, bestimmte personenbezogene Daten von Ihnen zu erheben. Die Nichtbereitstellung dieser Daten kann die Erfüllung dieser Verpflichtungen verhindern oder verzögern.

The information provided to the Insurer, together with medical and any other information obtained from you or from other parties about you in connection with this policy, will be used by the Insurer for the purposes of determining your application, the operation of insurance (which includes the process of underwriting, administration, claims management, analytics relevant to insurance, rehabilitation and customer concerns handling) and fraud prevention and detection. We may be required by law to collect certain personal information about you, or as a consequence of any contractual relationship we have with you. Failure to provide this information may prevent or delay the fulfilment of these obligations.

Die Informationen werden vom Versicherer zu diesen Zwecken an Konzernunternehmen, Drittversicherer, Rückversicherer, Versicherungsvermittler und Dienstleister bereitgestellt. Diese Parteien können zu Datenverantwortlichen in Bezug auf Ihre personenbezogenen Daten werden. Da wir als Teil eines globalen Unternehmens tätig sind, können wir Ihre personenbezogenen Daten zu diesen Zwecken auch außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums übermitteln.

Information will be shared by the Insurer for these purposes with group companies and third party insurers, reinsurers, insurance intermediaries and service providers. Such parties may become data controllers in respect of your personal information. Because we operate as part of a global business, we may transfer your personal information outside the European Economic Area for these purposes.

Sie verfügen unter Vorbehalt örtlicher Rechtsvorschriften über spezifische Rechte in Bezug auf Ihre personenbezogenen Daten. Dazu gehören das Recht auf Zugang, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Widerspruch und Erhalt Ihrer personenbezogenen Daten in einem nutzbaren elektronischen Format sowie das Recht auf Übermittlung dieser Daten an Dritte (Recht auf Datenübertragbarkeit).

You have certain rights regarding your personal information, subject to local law. These include the rights to request access, rectification, erasure, restriction, objection and receipt of your personal information in a usable electronic format and to transmit it to a third party (right to portability).

Sollten Sie Fragen oder Bedenken hinsichtlich der Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten haben, wenden Sie sich bitte an: [DPOLondon@siruspt.com](mailto:DPOLondon@siruspt.com)

If you have questions or concerns regarding the way in which your personal information has been used, please contact: [DPOLondon@siruspt.com](mailto:DPOLondon@siruspt.com)

Wir sind bemüht, gemeinsam mit Ihnen eine faire Lösung für alle Beschwerden oder Bedenken zum Datenschutz zu finden. Sollten Sie jedoch der Meinung sein, dass wir Ihnen bei Ihrer Beschwerde oder Ihrem Anliegen nicht weiterhelfen konnten, haben Sie das Recht, eine Beschwerde beim britischen Information Commissioner's Office geltend zu machen.

We are committed to working with you to obtain a fair resolution of any complaint or concern about privacy. If, however, you believe that we have not been able to assist with your complaint or concern, you have the right to make a complaint to the UK Information Commissioner's Office.

Weitere Informationen darüber, wie wir Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten, finden Sie in unserer vollständigen Datenschutzerklärung unter:

<https://www.siruspt.com/legal/website-privacy-policy-final.pdf>

For more information about how we process your personal information, please see our full privacy notice at: <https://www.siruspt.com/legal/website-privacy-policy-final.pdf>

## 5 Zusätzliche Unterstützung Additional Support

Wenn Sie dies wünschen, teilen Sie uns bitte alle persönlichen Umstände mit (z. B. gesundheitliche, finanzielle oder andere persönliche Faktoren), aufgrund derer Sie möglicherweise weitere Unterstützung von uns beim Kauf, bei der Inanspruchnahme, beim Verständnis oder bei der Administration dieser Versicherungspolice brauchen. Bitte nennen Sie uns auch sämtliche spezifischen Anpassungen, die Sie benötigen.

If you wish to do so, please tell us any personal circumstances (such as health, financial, or other personal factors) that mean you might need extra support from us in buying, using, understanding, or managing this insurance policy, along with any specific accommodations you require.

## 6 Sprache Language

Dieser Versicherungsvertrag wurde auf Englisch verfasst und die vollständige Korrespondenz zwischen uns erfolgt auf Englisch.

The language of this insurance contract is English and all correspondence between us will be in English.

Wenn Sie dies nicht wünschen, wenden Sie sich bitte an Ihren Makler oder rufen Sie uns unter der Nummer +44 (0) 1903 817970 an.

If you do not wish the language to be English, please contact your broker or telephone us on +44 (0) 1903 817970.

## 7 Dokumentation Documentation

Möchten Sie alle Versicherungsunterlagen und zukünftige Korrespondenz per E-Mail erhalten? Wir verwenden dafür die Adresse auf Seite 2.  Ja / Yes  Nein / No

Would you like to receive all policy documentation and future correspondence by email? We'll use the address from page 2.

## 8 Zusatzversicherung Top-up policy

Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie eine lokale Krankenversicherung haben. Sie können die berechtigterweise geltend gemachten Ansprüche aus Ihrer lokalen Krankenversicherung nutzen, um das Guthaben Ihrer IMG-Police zu verwenden.

Please tick if you have a local health insurance policy. You can use the eligible claims you make on your local health insurance policy to use up the excess on your IMG policy.

## 10 Andere Krankenversicherung Other Health Insurance

Haben Sie eine andere Versicherung oder Police, die medizinische Kosten abdeckt?

Ja / Yes  Nein / No

Do you hold any other insurance plan or policy that provides cover for medical costs?

Richtlinienzertifikat oder ID-Nummern  
Policy Certificate or ID Numbers:

Name der privaten Versicherung oder staatlichen Versicherung  
Private insurance or government plan name

## 9 Zuvor versichert Previously Insured

Haben Sie oder ein Familienmitglied, das eine Versicherung beantragt, jemals eine Versicherung über IMG, IMG Europe oder ALC Health abgeschlossen?

Ja / Yes  Nein / No

Have you or any family member applying for coverage ever purchased insurance through IMG, IMG Europe, or ALC Health?

Zertifikats-/Police-Nummer: / Certificate/Policy Number:

(Wenn ja: Bitte geben Sie die Zertifikatsnummer (falls vorhanden) und weitere Details an. Durch die Auswahl von „Ja“ erklären Sie sich mit Folgendem einverstanden: Sie bestätigen, dass Sie ein völlig neues Versicherungszertifikat beantragen und keine Verlängerung oder Wiederinkraftsetzung eines früheren Zertifikats, das Sie möglicherweise in der Vergangenheit über IMG, IMG Europe oder ALC Health abgeschlossen haben, und dass, sollte IMG Ihren neuen Antrag annehmen, dies einen völlig neuen Versicherungszeitraum gemäß den Bedingungen und Bestimmungen des neuen Versicherungszertifikats einleiten würde (einschließlich, aber nicht beschränkt auf alle Anspruchsvoraussetzungen, Vorerkrankungen und andere Ausschlüsse, Wartezeiten sowie Leistungsgrenzen und Untergrenzen des Tarifs) und dass Ihr neuer Versicherungsschutz nicht für Leistungen aus einem fortlaufenden Versicherungsschutz auf der Grundlage Ihres zuvor abgelaufenen Versicherungsschutzes in Frage kommt.

(If yes: please provide certificate number, if any, and details. By selecting yes, you agree to the following: you acknowledge that you are applying for an entirely new certificate of coverage and not a renewal or reinstatement of any prior certificate(s) that you may have purchased through IMG, IMG Europe, or ALC Health in the past, and that, should IMG accept your new application, this would start a brand new coverage period under the terms, conditions and provisions of the new insurance certificate (including, but not limited to, all eligibility requirements, pre-existing condition and other exclusions, waiting periods, and benefit limits and sub-limits of the plan), and your new coverage will not qualify for any benefits of continuous coverage based upon your prior lapsed coverage.)

Haben Sie oder ein mitversicherter Angehöriger jemals Sonderkonditionen oder -tarife in Anspruch genommen, wurde Ihnen jemals der Versicherungsschutz abgelehnt oder wurde eine Versicherungspolice aufgrund von einer Kranken-, Lebens- oder Invaliditätsversicherung gekündigt?

Have you or any family member applying for coverage ever been accepted with special terms or rates, been declined cover or had a policy cancelled under any health/medical, life or disability insurance plan?

Ja / Yes  Nein / No

Details:  
Details:

Versicherer oder staatliche Stelle, die den Plan bereitstellt  
Insurer or government entity providing the plan

Anfangsdatum der Deckung (TT-MM-JJJJ)  
Coverage Start Date (DD-MM-YYYY)

Enddatum der Deckung (TT-MM-JJJJ)  
Coverage End Date (DD-MM-YYYY)

## 11 Ihre Erklärung Your declaration

1. Ich habe die umfassenden Bestimmungen, Vorteile, Ausschlüsse und Regelungen dieser Richtlinie, einschließlich der allgemeinen Ausschlüsse 63 in Bezug auf Vorerkrankungen und 8 in Bezug auf das anwendbare Recht, erhalten und zur Kenntnis genommen. Mir ist bewusst, dass das Antragsformular, der Versicherungsbescheinigung oder der Versicherungserklärung (sofern außerhalb des EWR oder des Vereinigten Königreichs) den Vertrag zwischen uns bilden und dass alle Bestandteile der Police sind. Mir ist klar, dass der Versicherungsschutz gemäß der Richtlinie geregelt ist. Der allgemeine Ausschluss 63 in Bezug auf Vorerkrankungen gilt nicht für die vollständigen medizinischen Versicherungsbedingungen. Mir ist bewusst, dass etwaige persönliche Leistungsausschlüsse auf meiner Versicherungsbescheinigung/-erklärung vermerkt sind.

1. I have received and read the full Definitions, Benefits, Exclusions and Condition of this Policy including General Exclusion 63 relating to Pre-existing Conditions and General Condition 8 relating to Governing Law. I understand that the Application Form, Certificate of Insurance or Declaration of Insurance (if outside the EEA or UK) and the Policy Wording make up the contract between us and all form part of the policy. I am aware that cover shall be provided in accordance with the policy. General Exclusion 63 relating to Pre-existing Conditions is not applicable to full medical underwriting terms. I understand that any personal exclusions will be stated on my Certificate/Declaration of Insurance.

2. Ich/wir bestätige/n, dass die in diesem Antrag offengelegten Informationen nach bestem Wissen und Gewissen korrekt und vollständig sind. Ich/wir habe(n) darauf geachtet, bei der Offenlegung dieser Informationen keine falschen Angaben zu machen, und bin/sind mir/uns bewusst, dass alle bereitgestellten Informationen für die Annahme und Bewertung dieser Versicherung, die Bedingungen, zu denen sie angenommen wird, und die berechnete Prämie relevant sind.

2. I/we declare that the information disclosed in this proposal is, to the best of my/our knowledge and belief, both accurate and complete. I/we have taken care not to make any misrepresentation in the disclosure of this information and understand that all information provided is relevant to the acceptance and assessment of this insurance, the terms on which it is accepted and the premium charged.

3. Ich verstehe, dass ich die Versicherung innerhalb von 14 Tagen nach Vertragsabschluss kündigen kann, wenn ich mit dem Inhalt dieser Versicherungspolice nicht einverstanden bin, wie im Wortlaut der Police angegeben.

3. I understand that if I am not satisfied with the content of this policy, I may cancel the insurance within 14 days of the completion of this contract as set out in the Policy Wording.

4. Wenn ich angegeben habe, dass ich per Kredit-/Debitkarte bezahlen möchte, bevollmächtige ich die IMG, mein Bankkonto bis zu vier Tage vor dem Inkasso-/Verlängerungsdatum mit der entsprechenden Versicherungsprämie und allen nachfolgenden, wie angekündigt fälligen Verlängerungsprämien zu belasten, bis ich schriftlich mitteile, dass ich diesen Vertrag kündigen möchte. Ich bin mir bewusst, dass die IMG keine Haftung übernimmt, wenn meine Police aufgrund einer fehlgeschlagenen Kredit-/Debitkarten-Transaktion erlischt und ich nicht innerhalb von 7 Tagen auf Anforderungen bezüglich alternativen Zahlungsmethoden reagiert habe.

4. If I have indicated that I wish to pay by credit/debit card, I authorise IMG to debit my account up to 4 days in advance of the collection/renewal date with the appropriate premium, and all subsequent renewal premiums due as notified until I give written notice that I wish to terminate this Agreement. I understand that IMG cannot be liable if my policy is lapsed should the credit/debit card be declined and I do not respond to requests for alternative methods of payment within 7 days.

5. Mit meiner Unterschrift als Versicherungsnehmer bestätige ich, dass:

5. By signing this form as the policyholder, I confirm that:

- alle in der Police aufgeführten Personen dem Versicherungsnehmer die Erlaubnis erteilt haben, in ihrem Namen diese Police abzuschließen
- anyone included on the plan has agreed that the policyholder has their permission to act for them to set up this plan
- Falls der Versicherte eine Versicherung außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und des Vereinigten Königreichs beantragt oder zu irgendeinem Zeitpunkt an eine Adresse außerhalb des EWR oder des Vereinigten Königreichs zieht, akzeptiert er diese Regelung und stimmt der Einrichtung des Treuhandverhältnisses zu: Der Versicherte beantragt und schließt hiermit für und

im Namen jeder versicherten Person mit der Conyers Trust Company (Bermuda) Limited, Richmond House, 12 Par-la-Ville Road, Hamilton HM 08, Bermuda, oder deren Rechtsnachfolger einen Vertrag zum obengenannten Versicherungsschutz ab, wie er von der Sirius International Insurance Corporation am Eingangsdatum dieser Vereinbarung unterzeichnet und angeboten wurde und wie er von der IMG administriert wird.

- If applying for coverage with a country of residence outside of the EEA and UK or at any time move to a location outside the EEA or UK, the policyholder acknowledges and agrees to elect the Trust: the policyholder hereby applies and subscribes, for and on behalf of each individual enrolled, to the Conyers Trust Company (Bermuda) Limited, Richmond House, 12 Par-la-Ville Road Hamilton HM 08, Bermuda, or its successors, for the insurance coverage requested above and as underwritten and offered by Sirius International Insurance Corporation on the date of its receipt hereof, and as administered by IMG.

6. Wenn Sie diese Versicherung über einen Versicherungsmakler abschließen, stimmen Sie als Versicherungsnehmer zu, dass die IMG dem Versicherungsmakler bei der Vertragserstellung und -verlängerung eine Provisionszahlung leistet.

6. I have read the General Data Protection Regulation (GDPR) notice as contained in this Application Form and the Privacy Policy which is available at <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>.

7. Ich habe die Datenschutzerklärung gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gelesen, die in diesem Antragsformular enthalten ist, sowie die Datenschutzerklärung, die unter <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy> abrufbar ist.

7. I have read the General Data Protection Regulation (GDPR) notice as contained in this Application Form and the Privacy Policy which is available at <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>.

8. Wenn Sie nicht mit der angemessenen Gewissenhaftigkeit vorgehen und die Informationen, die Sie uns bereitstellen, fehlerhaft oder unvollständig sind, können wir eine oder auch mehrere der folgenden Schritte unternehmen:

8. If you don't take reasonable care and the information you give us is inaccurate or incomplete then we may take one or more of the following actions:

- (i) Ihren Versicherungsplan stornieren;
  - (i) Cancel your plan;
  - (ii) Ihre Mitgliedschaft für ungültig erklären (Ihren Versicherungsplan so handhaben, als hätte er nie existiert)
  - (iii) Die Bedingungen Ihres Versicherungsplans ändern; oder
  - (iii) Change the terms of your plan; or
  - (iv) Die Bearbeitung aller oder eines Teils der Ansprüche ablehnen oder die Höhe eventueller Leistungszahlungen reduzieren.
  - (iv) Refuse to deal with all or part of any claim or reduce the amount of any claims payments.

Wir behalten uns vor, Sie um die Bereitstellung weiterer Informationen und/oder Unterlagen zu bitten, um sicherzustellen, dass die Angaben, die Sie uns beim Vertragsabschluss, bei Vertragsänderungen oder bei der Vertragsverlängerung gemacht haben, korrekt und vollständig sind.

We may ask you to provide further information and/or documentation to make sure that the information you gave us when taking out, making changes to or renewing your plan was accurate and complete.

Der Versicherungsschutz besteht erst, wenn dieser Antrag vom Versicherer angenommen und die Prämie bezahlt wurde. Der Versicherer behält sich vor, jedes Versicherungsangebot nach Prüfung Ihrer angegebenen Informationen abzulehnen oder abweichende Prämien und Konditionen als die genannten anzubieten.

No cover is in force until this proposal is accepted by the insurer and the premium is paid. The insurer reserves the right to decline any insurance proposal or to offer different premium and terms from those quoted dependent on the information you have provided.

## 12 Steueridentifikationsinformationen Tax Identification Information

Antragsteller nur aus Griechenland, Portugal und aus Italien  
Applicants from Greece, Portugal and Italy only

Steuer-ID  
Tax ID

Antragsteller nur aus Italien  
Applicants from Italy only

Geburtsstadt (wenn nicht in Italien, geben Sie das Geburtsland ein)  
City of Birth (if not from Italy put Country of Birth)

Geburtsprovinz  
Province of Birth

Wenn nicht in Italien, geben Sie N/A ein  
If not in Italy put N/A

### Marketing-Zustimmung Marketing Consent

Ich stimme zu / I agree

Ich bin damit einverstanden, von der IMG zukünftig wichtige Informationen und Mitteilungen zum Versicherungsschutz und zu Servicemöglichkeiten zu empfangen. Ich bin darüber informiert worden, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann  
I agree to receive relevant information and other communications from IMG about insurance coverages and service options. I understand that I can withdraw my consent at any time

### Anfangsdatum des Versicherungsschutzes Policy start date

Datum (TT-MM-JJJJ)  
Date (DD-MM-YYYY)

Ihr Versicherungsschutz kann erst beginnen, wenn wir dieses Formular erhalten und akzeptiert haben. Wenn Sie möchten, dass Ihr Versicherungsschutz zu einem späteren Zeitpunkt beginnen soll, teilen Sie uns bitte mit, ob sich die in diesem Formular angegebenen Daten geändert haben. Sie können den Versicherungsschutz frühestens 30 Tage vor dem Ausfüllen dieses Formulars beantragen.

Your policy cannot start until we receive and accept this form. If you'd like your cover to start at a future date, you must let us know if there are any changes to the information given in this form – you cannot apply for cover more than 30 days in advance of completion of this form.

### Datum der Unterzeichnung Date signed (TT-MM-JJJJ)

Date signed (DD-MM-YYYY)

Wenn Sie das Formular digital ausfüllen, setzen Sie bitte unten ein Häkchen, um diese Vereinbarung zu bestätigen.

If you're completing a digital version of this form, please tick the box below to acknowledge the declaration.

Ich bestätige, dass ich als Versicherungsnehmer diese Erklärung gelesen und verstanden habe.  
I confirm, as the policyholder, I have read and understood this declaration

### Bestätigung Confirmation

#### Unterschrift des Versicherungsnehmers

Policyholder signature

Mit der Unterzeichnung dieses Antrags sind Sie nicht verpflichtet, diese Versicherung abzuschließen.

Signing this Application does not bind you to enter into this insurance.

#### Bitte geben Sie Ihren Namen vollständig in DRUCKBUCHSTABEN ein

Please PRINT name in full

Name des Maklers  
Broker name

Maklernummer  
Broker number

Dieses Dokument wurde aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt. Im Falle von Streitigkeiten ist die englische Version maßgebend. Obwohl bei der Übersetzung größte Sorgfalt aufgewendet wurde, kann die IMG nicht für mögliche Fehler, Auslassungen oder Fehlinterpretationen in der Übersetzung haftbar gemacht werden.  
This document was translated from English to German. In the event of a dispute, the English version takes precedence. Although no effort was spared in respect of the translation's accuracy, IMG cannot be held liable for any possible mistakes, omissions or misinterpretations in the translation.

Die International Medical Group Limited wird von der Financial Conduct Authority (311496) zugelassen und geregelt. Das Unternehmen ist in England und Wales (4163178) eingetragen. Eingetragener Firmensitz: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex, BN43 6BF.  
International Medical Group Limited is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (311496). Registered in England & Wales (4163178). Registered office: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex, BN43 6BF.

Die IMG Europe AB ist von der schwedischen Finanzaufsichtsbehörde (71922) zugelassen und reguliert und von der Financial Conduct Authority (1003200) als bevollmächtigter Vertreter registriert. Eingetragen in Schweden (559405-0469). Eingetragener Firmensitz: c/o SiriusPoint International, Fleminggatan 14, 112 26, Stockholm, Schweden. Büroadresse der britischen Niederlassung (BR025974): 3rd Floor, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, Vereinigtes Königreich.  
IMG Europe AB is authorised and regulated by the Swedish Financial Supervisory Authority (71922) and is registered as an Authorised Representative by the Financial Conduct Authority (1003200). Registered in Sweden (559405-0469). Registered office: c/o SiriusPoint International, Fleminggatan 14, 112 26, Stockholm, Sweden. 0426

UK establishment (BR025974) office address: 3rd Floor, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, UK.

# SEPA-Lastschrift-Mandat

## SEPA Direct Debit Mandate

(for Germany, Austria and Luxembourg)

<b>Name des Zahlungsempfängers</b> <small>Creditor's Name</small>	JP Morgan Chase Bank, N.A EUR DD re. International Medical Group Limited, 3rd Floor, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL, United Kingdom
<b>Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers/ Gläubiger-Identifikationsnummer</b> <small>Identifier of the Creditor</small>	GB70ZZZSDDCHAS00000041317119
<b>Mandatsreferenz - vom Zahlungsempfänger auszufüllen</b> <small>Mandate Reference (to be completed by the Creditor)</small>	

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen (A) JP Morgan Chase Bank, N.A EUR DD - International Medical Group Limited, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von JP Morgan Chase Bank, N.A EUR DD - International Medical Group Limited 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. Hinweis: Meine/ Unsere Rechte sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/ wir von meinem/ unserem Kreditinstitut erhalten kann/ können.

By signing this mandate form, you authorise (a) JP Morgan Chase Bank, N.A EUR DD - International Medical Group Limited, to send instructions to your bank to debit your account and (b) your bank to debit your account in accordance with the instructions from JP Morgan Chase Bank, N.A EUR DD - International Medical Group Limited. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Note: Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

<b>Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)</b> <small>Name of Debtor(s)</small> <input type="text"/>	<b>SWIFT BIC/ Bank Identifier Code/ Internationale Bankleitzahl des Instituts des Zahlungspflichtigen</b> <small>SWIFT BIC</small> <input type="text"/>
<b>Anschrift des Zahlungspflichtigen / Straße und Hausnummer</b> <small>Your address / Street name and number</small> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Internationale Bankkontonummer - IBAN des Zahlungspflichtigen</b> <small>Account number (IBAN)</small> <input type="text"/>
<b>Postleitzahl</b> <small>Postcode</small> <input type="text"/>	<b>Unterschrift(en)</b> <small>Signature(s)</small> <input type="text"/>
<b>Ort</b> <small>City/Town</small> <input type="text"/>	<b>Unterzeichnet in</b> <small>City or town in which you are signing</small> <input type="text"/>
<b>Land</b> <small>Country</small> <input type="text"/>	<b>Datum</b> <small>Date</small> <input type="text"/>

**Referenznummer des zugrunde liegenden Vertrages**

Identification number of the underlying contract (Policy No.)

Zahlungsart:  Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung  
Type of Payment: Recurrent payment One-off payment

### Zur Information: Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen dem Zahlungsempfänger und dem Zahlungspflichtigen

Details regarding the underlying relationship between the Creditor and the Debtor - for information purposes only

Name des Vertragspartners des Zahlungspflichtigen: Falls Sie eine Zahlung aufgrund einer Vereinbarung zwischen - IMG und einer anderen Person tätigen

Name of the Debtor Reference Party (if you are making a payment in respect of an arrangement between - IMG and another person)

Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen.

If you are paying on your own behalf, leave blank.

### 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.