

Freedom Health Insurance

WORLDWIDE INDIVIDUAL APPLICATION FORM

(Full Medical Underwriting) *WORLDWIDE INDIVIDUAL ANTRAGSFOMULAR*

Each of the following parts should be completed by you. Please use **BLOCK CAPITALS**.

Jeder der folgenden Teile sollte von Ihnen ausgefüllt werden. Bitte benutzen Sie Druckbuchstaben

Maximum age of entry 70.

Maximales Aufnahmealter ist 70.

About you

Antragsteller

Title: <i>Titel:</i>	<input type="text" value="(Dr/Mr/Mrs/Miss/Ms/Other):"/>
Forename(s): <i>Vorname:</i>	<input type="text"/>
Surname: <i>Nachname:</i>	<input type="text"/>
Country of Residence: ² <i>Aufenthaltsland:²</i>	<input type="text"/>
When did you move there? <i>Wann sind Sie dorthin umgezogen?:</i>	<input type="text" value="M M Y Y"/>
Home country: <i>Heimatland:</i>	<input type="text"/>
Nationality on passport: <i>Nationalität:</i>	<input type="text"/>
Date of birth: <i>Geburtsdatum:</i>	<input type="text" value="D D M M Y Y Y Y"/> <i>(Maximum age of entry 70)Maximales Aufnahmealter ist 70.</i>
Occupation: <i>Beruf:</i>	<input type="text"/>
Residential Address: ³ <i>Wohnanschrift:³</i>	<input type="text"/> <input "="" type="text" value="Postcode: Postleitzahl:"/>
Telephone numbers: (inc. area code) <i>Telefonnummer:</i>	<input type="text"/>
Mobile number: <i>Mobilfunknummer:</i>	<input type="text"/>
E-mail address: <i>E-mail Adresse:</i>	<input type="text"/>
Start date: <i>Versicherungsbeginn:</i>	<input type="text" value="D D M M Y Y Y Y"/> <i>(We cannot backdate cover under any circumstances) (Wir können den Versicherungsbeginn unter keinen Umständen rückdatieren)</i>

²Your 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 *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.*

³All correspondence will be sent to this address unless you have completed the correspondence address details below. 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. ³ *Jegliche Korrespondenz wird an diese Adresse geschickt, sofern Sie nicht nachfolgend eine Korrespondenzanschrift angegeben haben. Es ist sehr wichtig, dass Sie uns Änderungen bezüglich Ihrer Anschrift unverzüglich mitteilen. Eine Änderung könnte Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben.*

Correspondence Address: (if different from above)³ / *Korrespondenzanschrift (falls abweichend von oben)*

Correspondence Address: ³ <i>Korrespondenzanschrift:³</i>	<input type="text"/> <input "="" type="text" value="Postcode: Postleitzahl:"/>
Telephone numbers: (inc. area code) <i>Telefonnummer:</i>	<input type="text"/>
Mobile number: <i>Mobilfunknummer:</i>	<input type="text"/>
E-mail address: <i>E-mail Adresse:</i>	<input type="text"/>

About your family *Mitversicherte Personen*

Surname: <i>Nachname:</i>	Forename: <i>Vorname:</i>
Date of birth (dd/mm/yyyy): <i>Geburtsdatum (tt/mm/jjjj):</i>	Nationality on passport: <i>Nationalität:</i>
Country of residence: <i>Aufenthaltsland:</i>	Relationship to you: <i>Beziehung zu Ihnen:</i>
Occupation: <i>Beruf:</i>	

continued overleaf >>

The cover you require *Ihr gewünschter Versicherungsschutz*

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. *Wählen Sie den Geltungsbereich bezogen auf Ihr Aufenthaltsland und Ihr Heimatland, falls Sie für Behandlungen die Option der Rückführung in Ihr Heimatland wünschen. Bitte beachten Sie die Einschränkungen für US Bürger in unseren Annahmerichtlinien. Sie und Ihre Angehörigen müssen denselben Geltungsbereich haben.*

Area 1 – Europe
Bereich 1 – Europa

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

Area 3 – Worldwide
Bereich 3 – Weltweit

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. *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.*

Freedom Diamond – 2,000,000 (€/£/\$) overall limit *Limit pro Jahr*
Freedom Platinum – 1,000,000 (€/£/\$) overall limit *Limit pro Jahr*
Freedom Gold – 750,000 (€/£/\$) overall limit *Limit pro Jahr*

Excess *Selbstbehalt*

Do you require an excess?
Wünschen Sie einen Selbstbehalt?

Yes *Ja* No *Nein*

If Yes, please choose appropriate selection from the table:
Wenn ja, wählen Sie bitte den entsprechenden SB aus der Tabelle:

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

Excess Per Year €/£/\$	Premium Reduction %	Please Select
Nil Excess	n/a	
50	5%	
100	10%	
250	15%	
500	20%	
1000	25%	
2500	30%	
5000	40%	

Doctor's/Medical Practitioner's Details *Angaben über Ihren Hausarzt*

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. *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.*

Name:
Name:

Hospital/Clinic/Practice:
Krankenhaus/Klinik/Praxis:

Address:
Adresse:

Postcode: *Postleitzahl:*

Telephone number: Fax number:
Telefonnummer: Faxnummer:

Email address:
E-mail Adresse:

Methods of payment *Zahlungsinformationen*

Euros (€) GB Pounds (£) US Dollars (\$)

1. Credit Card *Kreditkarte*

Credit Card authorisation form (Mastercard and Visa only) Ermächtigungsformular für Kreditkarte (nur Mastercard und Visa)

Please complete these instructions if you wish to pay premiums by Credit Card *Bitte füllen Sie die folgenden Felder für die Zahlung per Kreditkarte aus.*

Type of card: Mastercard Visa
Kartentyp:

Payment time period: Monthly *Monatlich* Quarterly *Vierteljährlich* Annually *Jährlich*
Zahlungsfrequenz:

Name on card:
Name auf Kreditkarte:

Card number:
Kartenummer:

Security number: Expiry date:
CVC-Code: Gültig bis:

To Freedom Healthnet Limited *An Freedom Healthnet Limited*

I authorise you, until further notice in writing, to charge my Mastercard/Visa account with unspecified amounts in respect of premiums as and when they become due. *Ich autorisiere Sie, die fälligen Beiträge von meiner Mastercard/Visacard abzubuchen, solange ich dies nicht schriftlich widerrufe.*

Signed: Date:
Unterschrift: Datum:

2. Bank Transfer Überweisung

Please tick if you want to pay by bank transfer *Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie per Überweisung zahlen möchten*

Payment time period: Monthly *Monatlich* Quarterly *Vierteljährlich* Annually *Jährlich*
Zahlungsfrequenz: *(nur per Lastschrift! Bitte beigefügtes Lastschriftmandat ausfüllen)*

Recipient:
Empfänger:

IBAN:

BIC/SWIFT:

Reference:
Verwendungszweck:

Medizinischer Fragebogen

Es werden keine Leistungen erbracht, für Behandlungen von Leiden, Krankheiten oder Verletzungen (ob diagnostiziert oder nicht), für welche der Antragssteller Medikamente, Beratungen oder Behandlungen erhalten hat oder von welchen der Antragssteller vor Antragsannahme Kenntnis hatte, wenn diese nicht ausführlich in diesem Antrag angeben und von uns akzeptiert wurden. Fehlende oder falsche Angaben können zu einer Kündigung des Vertrages zu einem späteren Zeitpunkt führen.

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen für ALLE Personen aus:

A: Wurde in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Erkrankungen bei Ihnen diagnostiziert, wurden Sie diesbezüglich behandelt oder benötigen Sie fortwährende medikamentöse Behandlungen?:

Krebs, Tumore, Knoten oder Wucherungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzkrankheiten, rheumatisches Fieber, Schmerzen in der Brust oder Kreislaufprobleme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bluterkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Atemwegserkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bauch-/ Verdauungsstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Harnwegserkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Erkrankungen des Nervensystems?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gynäkologische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hals-, Nasen-und Ohren-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neurologische oder psychische Störungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Augenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Jegliche Operationen oder spezielle Untersuchungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

B: Wurden Sie jemals für den Gebrauch von Drogen oder Alkohol behandelt oder wurde Ihnen zu einer solchen Behandlung geraten? Wurde Ihnen geraten die Menge des getrunkenen Alkohols zu reduzieren oder wurden Sie wegen eines Drogendelikttes verurteilt? Ja Nein

C: Wurde in den letzten 5 Jahren eine Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Klinik mit Tests oder Röntgen durchgeführt oder angeraten oder wurde irgendeine Behandlung oder Operation durchgeführt, die nicht auf diesem Fragebogen genannt ist? Ja Nein

D: Haben Sie Kenntnis von irgendwelchen notwendigen Tests oder Behandlungen bei Ärzten oder Spezialisten in den nächsten 2 Jahren? Ja Nein

E: Haben Sie Erkrankungen, Fehlbildungen oder Behinderungen, die Sie noch in keiner Frage auf diesem Fragebogen beantwortet haben? Ja Nein

F: Wurden Sie je bei einer Lebens- oder Krankenversicherung abgelehnt? (auch Ablehnung auf Vertragsverlängerung)? Ja Nein

G: Haben Sie sich einem chirurgischen Eingriff unterzogen oder Grund zu der Annahme, dass ein solcher Eingriff in der Zukunft erforderlich sein wird? Ja Nein

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.

Name des Antragstellers:	
Details von Beschwerde/Symptom oder erhaltenen Medikament/ Behandlung. Bitte nennen Sie den Zeitraum:	
Erstes Auftreten des Symptoms:	
Details der erforderlichen andauernden Behandlung, Medikation oder Tests:	
Bitte nennen Sie den Zeitraum:	

Name des Antragstellers:	
Details von Beschwerde/Symptom oder erhaltenen Medikament/ Behandlung. Bitte nennen Sie den Zeitraum:	
Erstes Auftreten des Symptoms:	
Details der erforderlichen andauernden Behandlung, Medikation oder Tests:	
Bitte nennen Sie den Zeitraum:	

Name des Antragstellers:	
Details von Beschwerde/Symptom oder erhaltenen Medikament/ Behandlung. Bitte nennen Sie den Zeitraum:	
Erstes Auftreten des Symptoms:	
Details der erforderlichen andauernden Behandlung, Medikation oder Tests:	
Bitte nennen Sie den Zeitraum:	

Name des Antragstellers:	
Details von Beschwerde/Symptom oder erhaltenen Medikament/ Behandlung. Bitte nennen Sie den Zeitraum:	
Erstes Auftreten des Symptoms:	
Details der erforderlichen andauernden Behandlung, Medikation oder Tests:	
Bitte nennen Sie den Zeitraum:	

If you require additional space, please attach a separate sheet.

Verwendung von persönlichen Informationen

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.co.uk/privacy-policy befindet.

Sie können uns auch um die Übersendung einer Kopie bitten.

Marketing-Entscheidungen

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.co.uk kontaktieren.

Use of personal information

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.co.uk/privacy-policy. Alternatively you can ask us for a copy.

Marketing choices

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.co.uk.

ERKLÄRUNG*

Ich / Wir beantrage(n) hiermit, unter der ausgewählten Worldwide Freedom Healthnet Versicherungspolice, zusammen mit den in diesem Antrag aufgeführten Familienangehörigen, versichert zu werden. ICH/Wir erkläre(n), nach meinem bestem Wissen und Gewissen, dass die Angaben in diesem Antragsformular und alle zusätzlich eingereichten Informationen, die im Rahmen dieses Antrags zur Verfügung gestellt werden, vollständig und richtig sind. Wenn Sie bei der Beantwortung von Fragen nicht mit der gebotenen Sorgfalt vorgegangen sind, kann dies dazu führen, dass Ihr Antrag abgelehnt wird oder dass Ihre Vertragsbedingungen geändert werden oder Ihre Vertragsdeckung gekündigt wird. Ich / Wir werde(n) die Versicherungsbedingungen nach Erhalt lesen; ich stimme zu, dass ich und alle in diesem Antrag angegebenen Personen ausschließlich an die Richtlinien der allgemeinen Geschäftsbedingungen gebunden sind. Es wird vereinbart, dass diese Erklärungen und Informationen in diesem Antrag, die Grundlage des Vertrages zwischen mir, meinen Angehörigen und Freedom Healthnet Ltd bilden. Ich / Wir verstehe(n) und akzeptieren die Informationen im Underwriting-Bereich der Worldwide-Broschüre. Ich / Wir verstehe(n), dass dieser Antrag von Freedom Healthnet Limited genehmigt werden muss und dass die bereitgestellten medizinischen Informationen dazu führen können, dass ein Ausschluss vereinbart wird oder Freedom Healthnet Limited unter bestimmten Umständen keine Deckung anbieten kann. Ich ermächtige und beauftrage den in diesem Antrag genannten Arzt und / oder jede andere medizinische Einrichtung, einschließlich aller anderen medizinischen Fachkräfte, die mich oder einen meiner Angehörigen untersucht/behandelt haben, Informationen an Freedom Healthnet Limited zu erteilen, die sie im Zusammenhang mit einem Erstattungsantrags im Rahmen dieses Versicherungsplans benötigen. Ich akzeptiere, dass wenn ich die Informationen, die im Bereich der ärztlichen Auskunft erforderlich sind, nicht zur Verfügung stelle, im Falle eines Erstattungsantrages von mir oder einem meiner Angehörigen, welcher im Rahmen dieses Versicherungsplans geltend gemacht wird, der als Vorerkrankung angesehen werden könnte oder mit einer Vorerkrankung im Zusammenhang stehen könnte, von Freedom Healthnet Limited eine Ablehnung erhalten könnte.

* Die Deutsche Übersetzung gilt nur zum besseren Verständnis. Die englische Fassung hat Rechtsgültigkeit.

Declaration

I/We hereby apply to be covered under the selected Freedom Healthnet 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 applicants 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 Healthnet Limited and the medical information provided may result in Policy endorsement(s) being applied or in some circumstances Freedom Healthnet Limited 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 Healthnet Limited with the information they may need in connection to 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 Healthnet Limited such claim will be rejected.

Freedom Health Insurance bietet Produkte auf dem deutschen Markt gemäß EU-Vermittlerrichtlinie an. Um jeden Zweifel auszuschließen, Produkte von Freedom Health Insurance sind kein Ersatz für eine deutsche Krankenversicherungspflicht (Versicherungsaufsichtsgesetz - Insurance Supervision Act - VAG)

Signed:
Unterschrift:

BITTE HIER SIGNIEREN

Date:
Datum:

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

(For office use only)

Agent/Broker Name:

VfA-International

Agent/Broker Number:

INT0271

Freedom Health Insurance is a trading name of Freedom Healthnet Limited.

Freedom Healthnet Limited is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority, registration number 312282.

Registered address: Bourne Gate, 25 Bourne Valley Road, Poole BH12 1DY, United Kingdom. Company registration number 04815524.

T: +44 (0)1202 756350 F: +44 (0)1202 756351 E: info@freedomhealthinsurance.co.uk W: www.freedomhealthinsurance.co.uk





VfA – International GbR, Löjaer Berg 61 D – 23715 BOSAU

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 15 ZZZ 0000 1988102

Mandatsreferenz: _____ / Freedom Healthnet Ltd.
(*Vers.-Schein-Nr.* / *Gesellschaft*)

SEPA – Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Achim & Christopher Götze VfA-International GbR, Beiträge für meine Krankenversicherung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Achim & Christopher Götze VfA-International GbR auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Strasse und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name Kreditinstitut

BIC / SWIFT

_____/_____/_____/_____/_____/_____
IBAN



Datum

Ort

Unterschrift



Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Durch Unterzeichnung dieser Einwilligungserklärung willige ich ausdrücklich ein, dass folgende meiner personenbezogenen Daten von VfA-International GbR und der Föhles & Simons GbR gemäß den Datenschutzbestimmungen und zwecks Angebotserstellung, Kommunikation mit den Versicherern, Unterstützung im Schadensfall sowie gegebenenfalls zur Durchführung des Inkassos, verarbeitet werden dürfen.

- *Kontaktdaten (Name, Adresse, Telefonnummer und E-Mail)*
- *Persönliche Informationen (Geburtsdatum und Beruf)*
- *Personenbezogene Gesundheitsdaten*
- *Bankdaten*

Diese Daten werden auf dem Server von VfA-International GbR gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Wir versichern hiermit, dass die von uns durchgeführte EDV auf der Grundlage geltender Gesetze erfolgt.

Nutzerrechte

Der Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung zu widerrufen. Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden. Auf Anfrage können Sie unter der untenstehenden Adresse eine detaillierte Auskunft über den Umfang der von uns vorgenommenen Datenerhebung verlangen.

Folgen des Nicht-Unterzeichnens

Der Unterzeichnende hat das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zuzustimmen – da unser Dienst jedoch auf die Erhebung und Verarbeitung genannter Daten angewiesen ist, würde eine Nichtunterzeichnung eine Inanspruchnahme des Dienstes ausschließen.

Kontakt

Beschwerden, Auskunftsanfragen und andere Anliegen sind an folgende Stelle zu richten:

VfA-International GbR
Gutenbergstraße 1
Eingang B
23611 Bad Schwartau

Föhles & Simons GbR
Hormesfeld 9b
41748 Viersen

BITTE HIER SIGNIEREN

Datum und Ort

Unterschrift

Beratungsprotokoll



Kunde:

Anschrift:

1. Wünsche und Bedürfnisse des Kunden

1.1. Kundenwünsche / Anlass der Beratung

Prostitutionsschutzgesetz 2017 - Krankenversicherungspflicht in Deutschland seit 2009
Versicherungsschutz gemäß Wunsch / Angaben des VN

1.2. Kundenbedarf

Krankenversicherungspflicht auch für Prostituierte

2. Rat und Begründung

Private Krankenversicherung je nach Leistungswunsch / Preis (mind. Patinum)

3. (Abweichende) Kundenentscheidung

4. Wichtige Hinweise zum Versicherungsschutz

• Wichtig! Der Beitrag kann durch einen Selbstbehalt reduziert werden

- Tarif ohne Altersrückstellung kalkuliert » höhere Beiträge im Alter
- Kündigung nach 30 Tagen Zahlungsrückstand (kein Kündigungsverbot gemäß §193, 5 VVG)
- Leistungsausschluss für Vorerkrankung
- Alterssprung » je nach Eintrittsalter / oder Erreichen der Altersgrenze » Beitragserhöhung
- Private Versicherer m. Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der EU oder Vertragsstaat des europäischen Wirtschaftsraumes (EWR)
 - diese werden im Herkunftsland beaufsichtigt, unterliegen in der BRD §110a VAG der Bafin Versicherungspflicht gemäß § 193, 3 VVG

• Empfehlung: Genannter, angebotener Versicherer, da es z.Z. keine Alternative, vor allem keinen deutschen Versicherer gibt

• Kein Angebot eines BASIS-Tarif

• Ausschlüsse gemäß AGB

- Pflegepflichtvers. ist nicht Bestandteil des Versicherungsschutzes
- Ausschluss Drogen / Alkohol
- Ausschluss Zahnimplantate
- Ausschluss Geschlechtskrankheiten inkl. HIV / Aids
- Besondere Hinweise gemäß ProstSchG
- Ausschluss kosm. / plastische Chirurgie
- Ausschluss Essstörung
- Ausschluss psychische Erkrankungen

• WICHTIG! Erstattung der Arztrechnungen

- VN ist Privatpatient und geht in Vorleistung. Geld wird anschließend vom Versicherer rückerstattet
- Es handelt sich um keine Krankenkasse die direkt mit dem Arzt abrechnet

Alle weiteren Ausschlüsse finden Sie in den ausgehändigten AGB's

Höchstentschädigungsgrenzen

Tarif	VSU
Diamond	2.000.000 €
Platinum	1.000.000 €
Gold	750.000 €

Ort / Datum

BITTE HIER SIGNIEREN

AGB's erhalten und akzeptiert —>

Unterschrift VN
