Freedom Health Insurance

WORLDWIDE INDIVIDUAL APPLICATION FORM

(FMU) *WORLDWIDE INDIVIDUAL ANTRAGSFORMULAR*

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: *Titel:* (Dr/Mr/Mrs/Miss/Ms/Other)

Forename(s): *Vorname:*

Surname: *Nachname:*

Country of Residence:[2] *Aufenthaltsland:[2]*

How long have you lived there? *Seit wann leben Sie dort?* M M Y Y

Home country: *Heimatland:*

Nationality on passport: *Nationalität:*

Date of birth: *Geburtsdatum:* D D M M Y Y Y Y

Occupation: *Beruf:*

Residential Address:[3] *Wohnanschrift:[3]*

Postcode: */Postleitzahl:*

Telephone numbers: *(inc. area code)* *Telefonnummer:*

Mobile number: *Mobilfunknummer:*

E-mail address: *E-mail Adresse:*

Start date: *Versicherungsbeginn:* D D M M Y Y Y Y *(We cannot backdate cover under any circumstances)* *(Wir können den Versicherungsbeginn unter keinen Umständen rückdatieren)*

[2] Your country of residence will determine the value of Insurance Premium Tax that is added to your premium. Please speak to your adviser or contact us if you are unsure whether your premium will be affected. *[2] 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.*

[3] All 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) */ Korrespondenzanschrift (falls abweichend von oben)*

Residential Address:[3] *Wohnanschrift:[3]*

Postcode: */Postleitzahl:*

Telephone numbers: *(inc. area code)* *Telefonnummer:*

Mobile number: *Mobilfunknummer:*

E-mail address: *E-mail Adresse:*

About your family
Mitversicherte Personen

Surname: */Nachname:*	Forename: */Vorname:*
Date of birth (dd/mm/yyyy): */Geburtsdatum (tt/mm/jjjj):*	Gender: */Geschlecht:*
Country of Residence: */Aufenthaltsland:*	Nationality on passport: */Nationalität:*
Occupation: */Beruf:*	Relationship to you: */Beziehung zu Ihnen:*

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 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*	☐

Monthly premium: *Monatlicher Beitrag:*

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

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. Fehelnde 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: *Telefonnummer:*

Fax number: / *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: *Kartentyp:* ☐ Mastercard ☐ Visa

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

Name on card: *Name auf Kreditkarte:*

Card number: *Kartennummer:*

Security number: *CVC-Code:*

Expiry date: *Gültig bis:* M M Y Y Y Y

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: *Unterschrift:*

Datum: D D M M Y Y Y Y

2. Bank Transfer / *Überweisung*

Please tick if you want to pay by bank transfer ☐

Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie per Überweisung zahlen möchten

Recipient: *Empfänger:*	VfA-International GbR
IBAN:	DE45 2139 0008 0000 9847 01
BIC / SWIFT:	GENODEF1NSH
Reference: *Verwendungszweck:*	Name und Policen-Nr.

☐ Monthly *Monatlich* *(nur per Lastschrift! Bitte beigefügtes Lastschriftmandat ausfüllen)*

☐ Quarterly *Vierteljährlich*

☐ Annually *Jährlich*

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 Küdigung 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 Erkranknungen bei Ihnen diagnostiziert, wurden Sie diesbezüglich behandelt oder benötigen Sie fortwährende medikamentöse Behandlungen?

Krebs, Tumore, Knoten oder Wucherungen?	☐ Ja	☐ Nein
Herzkrankheiten, rheumatisches Fieber, Schmerzen in der Brust oder Kreislaufprobleme?	☐ Ja	☐ Nein
Bluterkrankungen?	☐ Ja	☐ Nein
Atemwegserkrankungen?	☐ Ja	☐ Nein
Bauch-/ Verdauungsstörungen?	☐ Ja	☐ Nein
Harnwegserkrankungen?	☐ Ja	☐ Nein
Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Erkrankungen des Nervnsystems	☐ Ja	☐ Nein
Gynäkologische Erkrankungen?	☐ Ja	☐ Nein
Hals-, Nasen-und Ohren-Erkrankungen?	☐ Ja	☐ Nein
Neurologische oder psychische Störungen?	☐ Ja	☐ Nein
Hauterkrankungen	☐ Ja	☐ Nein
Augenerkrankungen?	☐ Ja	☐ Nein
Jegliche Operationen oder spezielle Untersuchungen?	☐ Ja	☐ 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 Drogendeliktes 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 chriurgischen 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:	

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:	

DATENSCHUTZGESETZ 1998 *

Wir, Freedom Healthnet, werden die uns zur Verfügung gestellten Informationen verwenden und verwalten. Die Verwendung von persönlichen Daten und Beschreibung der allgemeinen Kategorien von Personen und Organisationen, die wir weitergeben, finden Sie in der Daten-Schutz-Register. Sie haben das Recht, auf Antrag eine Kopie der gespeicherten personenbezogenen Daten von unserem Computer zu erhalten, aber wir behalten uns das Recht vor, dafür eine geringe Gebühr zu erheben. Wir, unsere Vertreter oder Vermittler und jedes Mitglied von Freedom Healthnet Ltd, können mit Hilfe der Informationen, die sie uns zur Verfügung gestellt haben, diese für Marketingzwecke oder für allgemeine Marktforschung verwenden.Wir verwenden auch einige der Informationen über Sie, um über andere Produkte und Dienstleistungen, die von Freedom Healthnet angeboten werden, Sie zu informieren.

Bitte hier ankreuzen, wenn Sie nicht möchten, dass wir Ihnen diese Informationen zukommen lassen. ☐

Data Protection Act 1998:

We, Freedom Healthnet Ltd will use the information you have given to provide and administer the policy you have applied for. The use of personal data and description of the general categories of person and organisations to whom we may disclose it can be found in the Data Protection Register. You are entitled to request a copy of the personal data held in reference to you on our computer, but we reserve the right to charge a small fee. We, our agents or intermediaries and any member of Freedom Healthnet Ltd, may use the information that you have provided for marketing purposes or for general market research. We may also use some of the information to advise you of other products and services, offered by Freedom Healthnet.

Please tick if you do not wish to receive this information. ☐

ERKLÄRUNG*

Ich beantragen hiermit unter dem ausgewählten Freiheit Healthnet Tarif zusammen mit den Angehörigen in diesem Antrag versichert zu werden.
Ich erkläre, dass nach meinem besten Wissen und Gewissen die Informationen in diesem Antrag enthaltenen Angaben richtig und voll-ständig sind. Ich habe die Bedingungen gelesen und verstanden und im Streitfall daran gebunden zu sein. zusammen mit allen in Frage kommenden Angehörigen in diesem Antrag oder irgendwelche nachfolgenden Angehörigen die nach dem Datum des Inkrafttretens des Vertrages noch folgen. Es wird verein-bart, dass diese Erklärung und Informationen in diesem Antrag, die Grundlage des Vertrages zwischen mir, meinen Angehörigen und Freedom Healthnet Ltd bilden. Nachdem ich die AGB und Unterlagen erhalten habe werde ich prüfen, ob der gewählte Tarif meinen Vorstellungen zum jetzigen Zeitpunkt entspricht. Ich ermächtige und erlaube dem namentlich genannten Arzt im Antrag oder andere medizinische Einrichtungen, die mich oder Angehörige behandelt haben, Auskünfte an Freedom Healthnet in Verbindung mit Leistungsprüfungen zu diesem Tarif zu erteilen. Ich akzeptiere, wenn kein Arzt genannt ist, dass Ansprüche von mir oder einen Ange-hörigen, die im Zusammenhang mit einer Vorerkrankung stehen könnten, verzögert erstattet oder gänzlich abgelehnt werden. Ich bestätige und stimmen zu, dass alle persönlichen Daten gesammelt und von Freedom Healthnet Limited verwaltet werden und von Freedom Healthnet Limited verwendet oder übertragen werden an die Verwaltung zum Zweck der Bewertung dieses Antrages und Bereitstellung von gewünschten Versicherungsschutz, Kunden-service und die Bearbeitung von Anträgen, der Verarbeitung und Verwaltung von Prämienzahlungen, die Bereitstellung von Marketing-Kommunikation in Bezug auf Freedom Healthnet Limited, seiner Produkte und Dienstleistungen sowie die mit ihr verbundenen Unternehmen. (Wenn Sie nicht wünschen, dass wir Ihre Daten auf diese Weise verwenden, informieren Sie uns bitte schriftlich an die Adresse).Freedom Healthnet Limited kann Organisationen informieren, die im EWR oder sich anderswo befinden können. Falls eine Organisation sich außerhalb des EWR befindet, wird Freedom Healthnet Limited alle erforderlichen Schritte unternehmen, um sicherzustellen, dass die Organisationen angemessene Garantien in Bezug auf die technische und organisatorische Sicherheitsmaßnahmen einhalten, und das die Übertragung und Verarbeitung alle einschlägigen Datenschutz und Datenschutzgesetze erfüllt.

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 a 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 a Policy endorsements 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. I confirm and agree that any personal information collected or held by Freedom Healthnet Limited, whether contained in this application or otherwise obtained may be used by Freedom Healthnet Limited, or disclosed to or transferred to any organisation for the purpose of i) assessing this application and providing on-going insurance cover, customer service and the processing of claims, ii) processing and effecting premium payments, iii) providing marketing communications in respect of Freedom Healthnet Limited, its related products and services and those of its associated companies. (If you do not wish us to use your details in this way, please let us know in writing to the address). Freedom Healthnet Limited may use organisations who may be located in the EEA or elsewhere. Where an organisation is located outside the EEA, Freedom Healthnet Limited will take all necessary steps to ensure the organisation provides appropriate guarantees in respect of the technical and organisational security measures and the transfer and processing complies with all relevant data protection and privacy laws.

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

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)

Signature:
Unterschrift:

Date:
Datum: D D M M Y Y Y Y

(For office use only)

Agent/Broker Name: VfA-International

Agent Broker Number: INT0271

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

Beratungsprotokoll

Kunde:

Anschrift:

1. Wünsche und Bedürfnisse des Kunden

1.1. Kundenwünsche / Anlass der Beratung

Prostitutionsschutzgesetz 2017 - Krankenversicherungspflicht in Deuschland 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
• Altterssprung » je nach Eintrittsalter / oder Erreichen der Altersgrenze » Beitragserhöhung
• Private Versicherer m. Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der EU oder Vertragsstaat des europäischem 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-Tarifes
• **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 Chirugie
• Ausschluss Essstörung
• Ausschluss psyschiche 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 _____

☑ AGB´s erhalten und akzeptiert —>

Unterschrift VN _____