

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:

Forename(s):

Surname:

Country of Residence:²

How long have you lived there?

Home country:

Nationality on passport:

Date of birth:

Occupation:

Residential Address:³
Wohnanschrift:³ Postcode: /Postleitzahl:

Telephone numbers: (inc. area code)
Telefonnummer:

Mobile number:
Mobilfunknummer:

E-mail address:
E-mail Adresse:

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

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. ²Ihr 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. ³Jegliche 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: <small>/Nachname:</small>	Forename: <small>/Vorname:</small>
Date of birth (dd/mm/yyyy): <small>/Geburtsdatum (tt/mm/jjjj):</small>	Gender: <small>/Geschlecht:</small>
Country of Residence: <small>/Aufenthaltsland:</small>	Nationality on passport: <small>/Nationalität:</small>
Occupation: <small>/Beruf:</small>	Relationship to you: <small>/Beziehung zu Ihnen:</small>

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	<input type="checkbox"/>
50	5%	<input type="checkbox"/>
100	10%	<input type="checkbox"/>
250	15%	<input type="checkbox"/>
500	20%	<input type="checkbox"/>
1000	25%	<input type="checkbox"/>
2500	30%	<input type="checkbox"/>
5000	40%	<input type="checkbox"/>

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. Fehlende Angaben hierzu könnten eine Verzögerung bei der Bearbeitung Ihrer Schadensansprüche 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:

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:

2. Bank Transfer / Überweisung

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

Please tick if you want to pay by bank transfer

Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie per Überweisung zahlen möchten

Monthly *(nur per Lastschrift! Bitte beigefügtes Lastschriftmandat Monatllich 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 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?

 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 Nervensystems

 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 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:	

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:	

