

# Evolution Health Plan (EU) Deutschland

FMU

Vermittlernummer: MPNA264

bitte an:

per Fax: 0049 211 21097513

per Mail: info@cp-finanz.de



Teil A

## Antragsformular

Bitte füllen Sie alle Teile dieses Formulars aus und senden Sie es an Ihren Versicherungsmakler/-vertreter. Es ist wichtig, dass Sie dieses Antragsformular vollständig ausfüllen. Andernfalls kann es sein, dass das Formular an Sie zur Ergänzung zurückgeschickt wird.

In diesem Antragsformular stellen wir Ihnen wesentliche Fragen in Bezug auf das durch SI Insurance (Europe), SA (der "Versicherer"), versicherte Risiko und die Berechnung des Beitrags. Sie müssen die Fragen des Versicherers sorgfältig beantworten und darauf achten, dass alle Angaben richtig und vollständig sind (die „Pflicht“). Diese Pflicht gilt auch, wenn der Vertrag geändert oder verlängert wird.

Wenn Sie die Fragen falsch oder unvollständig beantworten, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten und er ist von der Leistung befreit, wenn eine vorsätzliche oder grob fahrlässige Verletzung der Auskunftspflicht vorliegt. Ist die Verletzung der Auskunftspflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig, kann der Versicherer den Vertrag kündigen oder zu geänderten Bedingungen fortsetzen.

Alle Antragsformulare werden vor der Annahme geprüft. Daher wird kein Versicherungsschutz gewährt, bevor eine Bestätigung vorliegt.

Bitte erklären Sie Ihr Einverständnis dazu, dass die Kommunikation mit dem Versicherer in Bezug auf dieses Antragsformular und alle nachfolgenden Mitteilungen in englischer Sprache erfolgt:

Ich bin einverstanden

Ich bin nicht einverstanden

### 1 Ihre personenbezogenen Daten

Anrede	Vorname(n)	Nach-/Familiename		
Geburtsdatum	Geschlecht	Größe	Gewicht	
Adresse im Ausland			Postleitzahl	
Telefon	Mobil	E-Mail		
Privatadresse			Postleitzahl	
Beruf		Nationalität		
Heimatland (für das Sie einen Reisepass besitzen)				
Land, für das Sie diesen Versicherungsschutz benötigen (in dem Sie sich die meiste Zeit aufhalten werden)				
Wie lange leben Sie schon im Land Ihres Wohnsitzes (Jahre/Monate)?				

### 2 Benötigter Versicherungsschutz

Datum, an dem der jährliche Versicherungsschutz beginnen soll, oder das Datum, an dem Ihr Antrag von den Versicherern angenommen wird, je nachdem, welches Datum später ist

Wählen Sie die Region für Ihren Versicherungsschutz	Europa	Weltweit außer USA, China, Singapur und Hongkong	Weltweit außer USA	Weltweit
Wählen Sie den Versicherungstarif	Standard Premium	Standard Plus Elite	Comprehensive	

## 2 Benötigter Versicherungsschutz — Fortsetzung

Wählen Sie bitte den jährlichen festgelegten Selbstbehalt, der bei Ihrer Police zur Anwendung kommen soll	Null	100	250	500	1000
	2500	5000	7500	10000	

Sie können zusätzlich einen prozentualen Selbstbehalt wählen, der nur bei Ansprüchen für ambulante Behandlungen zum Tragen kommt. Dies ist ein Prozentbetrag für alle Ansprüche aus ambulanten Behandlungen, den Sie selber tragen müssen.

Kein prozentualer Selbstbehalt

10 % prozentualer Selbstbehalt  
20 % prozentualer Selbstbehalt

**N.B. Diese Option trifft beim Standard-Tarif nicht zu, da dieser Tarif ambulante Behandlungen nicht abdeckt**

Evakuierungsmodul für das Heimatland  
(120 Erwachsene/75 Kinder)

Bitte geben Sie die Währung an, in der Sie die Beiträge bezahlen möchten und die Leistungen erhalten möchten

US Dollar \$                      Sterling £                      Euro €

Sind Sie oder eine der Personen, die in diesem Antrag benannt werden, bereits krankenversichert?                      Ja                      Nein

Falls ja, bei welcher Versicherung?

Um Verzögerungen zu vermeiden und eine zügige und effiziente Bearbeitung Ihres Antrags zu gewährleisten, fügen Sie Ihrem Antrag bitte die folgenden Unterlagen bei:

- Reisepasskopie

Wurde Ihnen oder einer der Personen, die in diesem Antrag benannt werden, jemals der Versicherungsschutz von einer Versicherung verweigert oder lediglich zu speziellen Bedingungen gewährt? (Falls ja, geben Sie bitte die Einzelheiten auf einem separaten Blatt an)

Ja                      Nein

## 3 Eingeschlossene Angehörige

Vollständiger Name der Angehörigen	Beziehung zum Antragsteller	Geburtsdatum	Nationalität	Geschlecht	Größe	Gewicht	Beruf
------------------------------------	-----------------------------	--------------	--------------	------------	-------	---------	-------

Ehepartner

Angeh. 1

Angeh. 2

**Bitte geben Sie den Namen und die Adresse Ihres Hausarztes an. Wenn Sie keinen Hausarzt haben, geben Sie bitte den letzten Arzt an, bei dem Sie waren, und das ungefähre Datum des Besuchs. – Wenn die jeweiligen Antragsteller bei unterschiedlichen Ärzten gewesen sind, geben Sie bitte jeweils alle Informationen an und welcher Arzt für welchen Antragsteller zuständig ist.**

**NB. Um Ihren Antrag bearbeiten zu können, müssen Sie uns dies mitteilen.**

## 4 Zahlungsmethode

Bitte geben Sie an, wie Sie bezahlen möchten

Jährlich per Kredit-/Debitkarte

Jährlich per Banküberweisung  
- Einzelheiten auf Anfrage

Halbjährlich per Kredit-/Debitkarte

Monatlich per Lastschrift  
- nur in der EU bei Euro-Policen möglich

Vierteljährlich per Kredit-/Debitkarte

Monatlich per Kredit-/Debitkarte

### Gebühren – Kredit-/Debitkarte und SEPA-Lastschriften

Jährliche Zahlweise	0%
Halbjährliche Zahlweise	+4%
Vierteljährliche Zahlweise	+5%
Monatliche Zahlweise	+8%

- Bei Zahlung per Kredit-/Debitkarte füllen Sie bitte das beigefügte Zahlungsformular aus.

### Gebühren – Banküberweisung

Jährliche Banküberweisung £10/€15/\$30

Die Überweisungsgebühr muss nicht angegeben werden, solange der Zahlungsempfänger alle Gebühren übernimmt.

## 5 Erklärung

Für die Zwecke dieser Erklärung bezeichnet der Begriff („ich/wir“) jede versicherte Person, die gemäß dem Wortlaut der Police Versicherungsschutz erhalten soll.

- Ich/wir habe(n) ein Exemplar der EVOLUTION-HEALTH-POLICE (Deutschland – 2023) und des Versicherungsprodukt-Informationsblattes (IPID) erhalten und gelesen, und ich/wir verstehe(n) sie als Teil des Versicherungsvertrags. Insbesondere habe(n) ich/wir die Definitionen, Leistungen und Ausschlüsse der Police gelesen, verstanden und akzeptiert.
- Ich/wir habe(n) Abschnitt 6 dieses Antragsformulars zum Datenschutz gelesen, verstanden und akzeptiert.
- Ich/wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass mein/unser Versicherungsmakler zum Zweck der Übermittlung sensibler Daten in meinem Namen handelt.
- Ich/wir erkläre(n) nach bestem Wissen und Gewissen, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben wahrheitsgemäß sind und dass ich/wir alle in diesem Antragsformular gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe(n). Ich/wir verstehe(n) auch, dass ich/wir den Versicherer sofort informieren muss/müssen, wenn sich etwas an den von mir/uns gegenüber dem Versicherer gemachten Angaben ändert. Mir/uns ist bekannt, dass das Verschweigen oder die falsche Darstellung von Tatsachen den Versicherer ggf. dazu berechtigt, die Versicherung für nichtig zu erklären. Dieses Antragsformular und die darin gemachten Angaben enthalten Informationen, die dem Versicherer bei der Entscheidung über die Aufnahme in diese Versicherung und bei der Bestimmung der Aufnahmebedingungen als Grundlage dienen.
- Mir/uns ist bewusst, dass mich/uns die Unterzeichnung dieses Antragsformulars nicht dazu verpflichtet, diese Versicherung abzuschließen, oder den Versicherer verpflichtet, diese Versicherung zu genehmigen.
- Wenn ich/wir mich/uns für Teilzahlungen unseres Beitrags per Kredit- oder Debitkarte entschieden habe(n) und Morgan Price dem zugestimmt hat, ermächtige(n) ich/wir Morgan Price, diese Teilzahlungen jeweils bei Fälligkeit abzubuchen, es sei denn, ich/wir widerrufe(n) diese Ermächtigung zur Kredit-/Debitkartenabbuchung mit einer Frist von mindestens 14 Tagen schriftlich. Mir/uns ist bekannt, dass im Schadensfall keine Rückerstattung erfolgt und ich/wir alle ausstehenden Beiträge für die laufende Versicherungsperiode bezahlen muss/müssen.
- Ich/wir bin/sind bevollmächtigt, dieses Antragsformular im Namen aller meiner/unserer Angehörigen zu unterzeichnen, die in Abschnitt 3 dieses Antragsformulars angegeben sind.
- Ich/wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass die Kommunikation mit dem Versicherer in Bezug auf dieses Antragsformular und alle nachfolgenden Mitteilungen in englischer Sprache erfolgt.

Unterschrift des Hauptantragstellers 

Datum

## 6 Datenschutz und Geheimhaltungspflicht

### Datenschutz

SI Insurance (Europe), SA, Teil der Sampo International [1] Group, erfasst und speichert Daten in Übereinstimmung mit der Datenschutzgesetzgebung. Nähere Informationen darüber, wie Sampo International Ihre persönlichen Daten verwendet, finden Sie im Wortlaut der Police und auf der Website <https://www.sampo-intl.com/privacy-policies/>.

<sup>(1)</sup> Die Bezeichnung „Sampo International“ bezieht sich auf und umfasst jede einzelne Tochtergesellschaft der Sampo International Holdings Ltd. („SIHL“), einer „Bermuda exempted company“. Wenn jedoch ein verbundenes Unternehmen von SIHL, das keine Tochtergesellschaft von SIHL ist, personenbezogene Daten erhält oder verwendet, die unter diese Richtlinie fallen und gemäß der Datenschutzgesetzgebung geschützt werden müssen, dann gilt dieses verbundene Unternehmen als Teil von „Sampo International“ zu dem Zweck, die Daten, die dieses verbundene Unternehmen erhält oder verwendet, zu schützen. Eine Liste der Standorte von Sampo International finden Sie unter <https://www.sampo-intl.com/location/corporate>. Eine Liste der Tochterunternehmen innerhalb der Sampo Group finden Sie unter [https://www.sampo-hd.com/en/group/group\\_list/](https://www.sampo-hd.com/en/group/group_list/).

### Geheimhaltungspflicht für Luxemburg

Sampo International hat SI Insurance (Europe), SA, eine hundertprozentige Tochtergesellschaft der Sampo International Holdings Ltd. mit Sitz in Luxemburg, mit der Versicherung der Risiken im EWR beauftragt. Als solches unterliegt dieser Antrag/diese Versicherungspolice den luxemburgischen Vorschriften in Bezug auf Geheimhaltungspflicht. Alle Mitarbeitenden in der Versicherungsbranche in Luxemburg sind verpflichtet, die Vertraulichkeit der ihnen in Ausübung ihres Mandats oder im Rahmen ihrer beruflichen Pflichten anvertrauten Informationen zu wahren. Abweichend davon kann SI Insurance (Europe), SA diese Informationen an solche Unternehmen weitergeben, die im Namen des Versicherers ausgelagerte Dienstleistungen erbringen. Die Dienstleister unterliegen einer Geheimhaltungspflicht oder sind an eine Vertraulichkeitsvereinbarung gebunden.

Mit der Unterzeichnung des Antragsformulars für eine (Rück-)Versicherung oder eines (Rück-)Versicherungsvertrags oder der Zahlung des Versicherungsbeitrags erklärt sich der Versicherungsnehmer damit einverstanden, dass die unter die luxemburgische Geheimhaltungspflicht fallenden Informationen an die Dienstleister von SI Insurance (Europe), SA weitergegeben werden, soweit dies für die Erfüllung der ausgelagerten Dienstleistung erforderlich ist. Weitere Informationen finden Sie unter <http://www.sampo-intl.com/locations/luxembourg> [www.sampo-intl.com/locations/luxembourg](http://www.sampo-intl.com/locations/luxembourg).

# NUR ZUR INTERNEN BEARBEITUNG!

Policen-Nr: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_



## 7. Vertrauliche medizinische Erklärung

Teil B

Beantworten Sie bitte die folgenden Gesundheitsfragen vollständig und auf korrekte Weise und geben Sie auch solche Umstände an, die Sie als unwichtig erachten. Sollten Sie eine oder mehrere dieser Fragen unvollständig oder falsch beantworten, kann SI Insurance (Europe), SA je nach Grad des Fehlers vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen, anpassen oder ablehnen, ihn zu erfüllen. Bitte beachten Sie auch die ausführlichen Anweisungen über der Unterschriftszeile.

**Wichtig:** Sie und die Personen, die Versicherungsschutz im Rahmen dieser Police beantragen, müssen uns alle bekannten Vorerkrankungen mitteilen. Wenn Sie uns nicht darüber informieren, wird ggf. Ihre Police gekündigt und Ihre Ansprüche werden nicht bezahlt.

	Versicherungsnehmer		Ehepartner		Angeh. 1		Angeh. 2	
1. Sind für einen Antragsteller medizinische/chirurgische/zahnärztliche Untersuchungen und/oder Eingriffe (einschließlich Röntgenaufnahmen, Labor oder andere Tests) geplant bzw. werden diese empfohlen oder in Erwägung gezogen? <b>Wenn Sie mit "Ja" geantwortet haben, MÜSSEN Sie hier zusätzliche Informationen angeben.</b>	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
2. Wurde einem Antragsteller jemals eine medizinische oder zahnmedizinische Versicherung verweigert oder wurde eine Police auf einen späteren Zeitpunkt gelegt, zu Sonderbedingungen abgeschlossen oder wurde eine Einstufung vorgenommen? <b>Wenn Sie mit "Ja" geantwortet haben, MÜSSEN Sie hier zusätzliche Informationen angeben.</b>	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
3. Wurde einer der Antragsteller in den letzten 12 Monaten von einer medizinischen Fachperson untersucht, beraten oder medizinisch behandelt? <b>Wenn Sie mit "Ja" geantwortet haben, MÜSSEN Sie hier zusätzliche Informationen angeben.</b>	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
4. Wurde einer der Antragsteller in den letzten 5 Jahren von einem medizinischen Spezialisten oder Facharzt untersucht, beraten oder medizinisch behandelt? <b>Wenn Sie mit "Ja" geantwortet haben, MÜSSEN Sie hier zusätzliche Informationen angeben.</b>	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
5. War einer der Antragsteller in den letzten 5 Jahren in einem Krankenhaus, einer Klinik, einem Sanatorium oder einer anderen Behandlungseinrichtung untergebracht (hat dort übernachtet)? <b>Wenn Sie mit "Ja" geantwortet haben, MÜSSEN Sie hier zusätzliche Informationen angeben.</b>	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6. Hatte einer der Antragsteller irgendeine Krankheit oder Beeinträchtigung, litt er an Symptomen oder benötigte Medikamente, eine Behandlung oder eine oder mehrere Untersuchung/en im Krankenhaus bezüglich folgender Bereiche? – Bitte alle Fragen beantworten. <b>Hinweis: Wenn Sie auf irgendeine dieser Fragen mit "Ja" geantwortet haben, MÜSSEN Sie im entsprechenden Feld zusätzliche Informationen angeben.</b>								
6.1. AIDS/ARC/HIV	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.2. Alkoholabhängigkeit oder Drogen-/Medikamentenmissbrauch	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein

		Versicherungsnehmer		Ehepartner		Angeh. 1		Angeh. 2	
6.3.	Anämie oder andere Blutkrankheiten	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.4.	Arthritis oder eine Erkrankungen der Muskeln oder Gelenke	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.5.	Asthma, Bronchitis oder eine andere Atemwegserkrankung	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.6.	Rücken/Wirbelsäule/Hals	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.7.	Blutdruck/Hypertonie <i>Wenn ja, füllen Sie bitte unseren Fragebogen zu Bluthochdruck aus</i>	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.8.	Blutgefäße/Gerinnsel/Kreislaufsystem	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.9.	Knochen (einschließlich Frakturen)	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.10.	Gehirn/Kopf	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.11.	Krebs, Tumor, Geschwulst oder Zyste <i>Wenn ja, füllen Sie bitte unseren Fragebogen zu Krebs aus</i>	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.12.	Karpaltunnelsyndrom	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.13.	Zerebrovaskuläre Erkrankung/Störung oder Schlaganfall	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.14.	Schmerzen in der Brust, Herzklopfen, Herzgeräusche, Angina pectoris, Herzinfarkt oder eine andere Herzerkrankung	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.15.	Cholesterin/Hypercholesterinämie <i>Wenn ja, füllen Sie bitte unseren Fragebogen zu Cholesterin aus</i>	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.16.	Mukoviszidose	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.17.	Zahn-/Zahnfleischerkrankungen	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.18.	Diabetes (auch wenn medikamentös eingestellt) <i>Wenn ja, füllen Sie bitte unseren Fragebogen zu Diabetes aus</i>	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.19.	Ohren, Augen, Nase oder Rachenraum	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.20.	Epilepsie, Krämpfe, Krampfanfälle, Anfälle	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.21.	Magen-Darm-Störung (Magen/Gedärme)	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.22.	Gicht	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.23.	Hernie  <i>Wenn ja, geben Sie bitte die Art der Hernie an, z. B. Leistenbruch</i>	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.24.	Immunsystemerkrankung	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.25.	Verletzung, Operation, körperliche Schäden	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein

	Versicherungsnehmer		Ehepartner		Angeh. 1		Angeh. 2		
6.26.	Niere/Blase/Harnwege	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.27.	Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse oder Milz	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.28.	Lunge/Atmung	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.29.	Psychische Störung/Nervenleiden	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.30.	Neurologisches/Nervensystem	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.31.	Lähmung	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.32.	Prostata	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.33.	Rheumatisches Fieber	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.34.	Fortpflanzungsstörung oder Unfruchtbarkeit	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.35.	Haut	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.36.	Schlafstörung	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.37.	Schlaganfall	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.38.	Chirurgischer Eingriff	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.39.	Geschwür	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.40.	Schilddrüse (auch wenn medikamentös eingestellt) <i>Wenn ja, füllen Sie bitte unseren Fragebogen zur Schilddrüse aus</i>	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.41.	Anomalie der Harnwege	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.42.	Andere nicht aufgeführte Erkrankung	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.43.	Befinden Sie sich derzeit in einer zahnärztlichen Behandlung oder wurde Ihnen dazu geraten?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.44.	Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak oder Nikotinersatzprodukte konsumiert? Falls ja, wie viel am Tag?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.45.	Leiden Sie unter irgendwelchen Allergien, einschließlich Nahrungsmittelallergien?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.46.	Haben Sie unter irgendwelchen Symptomen gelitten, für die Sie keinen ärztlichen Rat eingeholt haben?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.47.	Stehen bei Ihnen jetzt oder in Zukunft irgendwelche Untersuchungen oder Arzttermine an?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.48.	Sind Sie derzeit in fachärztlicher Behandlung (z. B. bei einem Kardiologen oder Onkologen)?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.49.	Sind Sie derzeit schwanger?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein

### Zusätzliche Informationen

Wenn Sie in Abschnitt 7 mit „Ja“ geantwortet haben, MÜSSEN Sie die folgenden zusätzlichen Informationen angeben. Wenn Sie mehr Platz benötigen, füllen Sie bitte ein separates Blatt aus.

Frage Nr.	Name der Krankheit/der Erkrankung*	Daten (von ... bis)	Welche medizinische Behandlung haben Sie erhalten?	Name des aktuellen Medikaments und Tagesdosis	Mussten Sie im Zusammenhang mit dieser Erkrankung stationär behandelt werden?	Wie ist Ihr aktueller Zustand bezüglich dieser Erkrankung?***
Versicherungsnehmer						
Ehepartner						
Angeh. 1						
Angeh. 2						

\*Ggf. bitte die betroffene Körperstelle angeben (z. B. linker oder rechter Arm)

\*\*Bitte geben Sie entweder "vollständig genesen", "anhaltend" oder "erneut aufgetreten" (oder "tritt wahrscheinlich erneut auf") an



## Anzeige der Verletzung der Offenlegungspflicht gemäß § 19 Abs. 5 Insurance Contract Act (Versicherungsvertragsgesetz – VVG)

Die oben genannten Gesundheitsfragen müssen richtig und vollständig beantwortet werden (Auskunftspflicht).

Wenn Sie die Fragen falsch oder unvollständig beantworten, kann SI Insurance (Europe), SA vom Vertrag zurücktreten und ist von der Leistung befreit, wenn eine vorsätzliche oder grob fahrlässige Verletzung der Auskunftspflicht vorliegt. Ist die Verletzung der Auskunftspflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig, kann der Versicherer den Vertrag kündigen oder zu geänderten Bedingungen fortsetzen.

## Belehrung gemäß § 19 Abs. 5 VVG zu den Folgen eines Verstoßes gegen die gesetzliche Auskunftspflicht

### Welche sind die vorvertraglichen Auskunftspflichten?

Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, alle Ihnen bekannten risikorelevanten Umstände, nach denen Sie in Textform gefragt werden, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Fragt der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Ihrer Vertragsannahme in Textform nach risikorelevanten Umständen, sind Sie auch dann zu wahrheitsgemäßen und vollständigen Angaben verpflichtet.

### Welche Folgen kann es haben, wenn eine vorvertragliche Auskunftspflicht verletzt wird?

#### 1. Rücktritt vom Vertrag und Erlöschen des Versicherungsschutzes

Wenn Sie die vorvertragliche Auskunftspflicht verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie beweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorlag. Hätte er den Vertrag auch dann geschlossen (wenn auch zu anderen Bedingungen), wenn ihm die nicht angegebenen Umstände bekannt gewesen wären, steht dem Versicherer auch im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Auskunftspflicht kein Rücktrittsrecht zu. Im Falle eines Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles den Rücktritt, bleibt er dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder unrichtig angegebene Umstand weder für den Eintritt noch für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich war.

Die Leistungspflicht gilt jedoch nicht, wenn Sie die Auskunftspflicht arglistig verletzt haben. Im Falle eines Rücktritts hat der Versicherer Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Jahresbeitrag bis zu dem Datum entspricht, an dem der Rücktritt wirksam wurde.

#### 2. Kündigung

Wenn der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten kann, weil Sie die vorvertragliche Auskunftspflicht lediglich fahrlässig oder unverschuldet verletzt haben, kann der Versicherer den Vertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen. Hätte er den Vertrag auch dann geschlossen (wenn auch zu anderen Bedingungen), wenn ihm die nicht angegebenen Umstände bekannt gewesen wären, steht dem Versicherer das Recht auf Kündigung nicht zu.

#### 3. Vertragsänderung/-anpassung

Wenn der Versicherer nicht aufgrund der Auskunftspflicht vom Vertrag zurücktreten oder diesen kündigen kann, weil er den Vertrag auch dann geschlossen hätte (wenn auch zu anderen Bedingungen), wenn ihm die nicht angegebenen Umstände bekannt gewesen wären, werden diese anderen Bedingungen auf seinen Wunsch hin Teil des Vertrags. Wenn Sie die Auskunftspflicht fahrlässig verletzt haben, werden die anderen Bedingungen rückwirkend zum Vertragsbestandteil. Erhöht sich der Beitrag durch die Vertragsänderung um mehr als 10 % oder schließt der Versicherer die Risikoabdeckung für den nicht angegebenen Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Erhalt der Benachrichtigung des Versicherers über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Über dieses Recht werden Sie in der Benachrichtigung des Versicherers informiert.

#### 4. Ausübung von Rechten durch den Versicherer

Der Versicherer kann seine Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem der Versicherer von der Verletzung der Auskunftspflicht, welche der Grund für die von ihm geltend gemachten Rechte ist, Kenntnis erlangt. Werden diese Rechte ausgeübt, muss der Versicherer die Umstände angeben, auf denen seine Erklärung basiert. Der Versicherer kann nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Aussage angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 noch nicht abgelaufen ist. Der Versicherer kann sich nicht auf die Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsänderung berufen, wenn ihm der nicht angegebene risikorelevante Umstand oder die Unrichtigkeit der Auskunft bekannt war. Die Rechte, vom Vertrag zurückzutreten, den Vertrag zu kündigen und den Vertrag zu ändern, erlöschen fünf Jahre nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie vorsätzlich oder arglistig gegen die Auskunftspflicht verstoßen haben.

#### 5. Vertretung durch eine andere Person

Wenn Sie sich bei Vertragsabschluss von einer anderen Person vertreten lassen, müssen sowohl Ihre eigene sowie die Kenntnis und betrügerische Absicht Ihres Vertreters für die Ausübung der Rechte des Versicherers hinsichtlich Anzeigepflicht, Rücktritt, Kündigung, Vertragsänderung und Ausschlussfrist berücksichtigt werden. Sie können sich nur dann darauf berufen, dass die Auskunftspflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt wurde, wenn weder Ihr Vertreter noch Sie sich des Vorsatzes oder der groben Fahrlässigkeit schuldig gemacht haben.

# SEPA CORE DIRECT DEBIT MANDATE

## SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT



**MORGAN PRICE (EUROPE) APS**  
**NYBROGADE 18 3.**  
**1203 KOBENHAVN K**  
**DENMARK**

**Creditor ID : GB30ZZZSDDBARC0000003771138**

**Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers : GB30ZZZSDDBARC0000003771138**

By signing this mandate form, you authorise Morgan Price (Europe) ApS to send instructions to your bank to debit your account and for your bank to debit your account in accordance with the instructions from Morgan Price (Europe) ApS.

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Morgan Price (Europe) ApS, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Morgan Price (Europe) ApS auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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. Your rights regarding this mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

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.

If you utilise your rights above, the insurance that you use this mandate to purchase will be suspended until payment is received and the terms and conditions of the policy will be applied.

**All fields are mandatory.**  
**Alle Felder sind Pflichtfelder.**

Mandate Reference  
Mandatsreferenz - vom  
Zahlungsempfänger auszufüllen

In respect of the contract  
Mit Bezug auf den Vertrag

Type of Payment Zahlungsart	Recurrent (Mandate can be used more than once) Wiederkehrende Zahlung	One-off (Mandate can only be used once) Einmalige Zahlung
--------------------------------	---	---

Your address  
Anschrift des Zahlungspflichtigen

Country Land	Post/Zip code Postleitzahl
-----------------	-------------------------------

Your bank BIC  
SWIFT BIC (Internationale Bankleitzahl des  
Instituts des Zahlungspflichtigen)

Your account number (IBAN)  
Internationale Bankkontonummer - IBAN  
DES Zahlungspflichtigen

City/town in which you are signing  
Unterzeichnet in

Signature Unterschrift (en)	Date Datum
--------------------------------	---------------

**Hinweis: Meine/Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem/unserem Kreditinstitut erhalten kann/können.**

## 2 Credit/debit card details Kredit-/Debitkarten

**Please only complete if you are paying by credit/debit card.  
Bitte nur ausfüllen, wenn Sie mit Kredit-/Debitkarte bezahlen.**

I authorise you, until further notice in writing, to charge my credit/debit card account unspecified amounts in respect of premiums for my Evolution Health Plan subscription, as and when these become due, until this instruction is countermanded by my giving notice in writing. I understand I will be given at least one month's notice of any subscription increase.

Ich ermächtige Sie, solange bis ich es schriftlich kündige, meinem Kredit-/Debitkartenkonto unspezifische Geldbeträge abzubuchen in Bezug auf meine Prämien für meine Mitgliedschaft beim Evolution Health Plan, wenn sie fällig werden oder bis ich diese Anweisung rückgängig mache, indem ich dies schriftlich anmelde. Ich verstehe, dass ich mindestens 3 Monate im Voraus eine Vorankündigung erhalten werde, wenn mein Mitgliedsbeitrag erhöht wird.

- i. If you have chosen to pay by instalment, the credit/debit card details provided must be in date for the entirety of the policy.  
Wenn Sie sich entschlossen haben in Raten zu zahlen, dann muss die Kredit-/Debitkarte für die Dauer der Police gültig sein.

Name on card

Name auf der Karte

Card type Kartentyp	Visa	Mastercard	American Express (for USD policies only)	Other Andere
------------------------	------	------------	--	-----------------

If other, please specify

Wenn andere, bitte angeben

Card number

Kartenummer

CVC

Issue no

Ausgabenummer

Start date

Anfangsdatum

Expiry date

Enddatum

Payment frequency

Zahlungshäufigkeit

Card billing address - *if different from residential address*

Kartenrechnungsadresse - *wenn anders als Wohnadresse*

Post/Zip code

Postleitzahl

Signature of card holder

Unterschrift des Kartenhalters

Date

Datum

- ii. You must keep your credit/debit card details confidential and secure. For security reasons please do not email credit/debit card details to us. If you do so, it is entirely at your own risk.

Sie müssen Ihre Kredit-/Debitkartendaten geheimhalten und sicher aufbewahren. Bitte emailen Sie uns aus Sicherheitsgründen ihre Kredit-/Debitkartendaten nicht. Wenn Sie es dennoch tun, dann geschieht es auf Ihr eigenes Risiko.

**Agent stamp/ Stempel des Agenten**

### Haftungsausschluss

Es wird keine Gewährleistung und/oder Zusicherung über die Richtigkeit der deutschen Übersetzung gegeben, ob im Einzelnen oder insgesamt, Es wird hier klargestellt, dass die deutsche Version eine Übersetzung des englischen Originals ist, die zur Information dient und Morgan Price (Europe) ApS schließen jegliche Haftung für Fehler und/oder Ungenauigkeiten in der Übersetzung aus, Es wird hier klargestellt, dass die Version in englischer Sprache Vorrang haben wird über alle Fragen zu Unrichtigkeiten und Auslegung der Inhalte des Planes/Produktes inklusive, aber nicht nur beschränkt auf die allgemeinen Geschäftsbedingungen.

## **Krankenversicherung mit EWR-Dienstleistern (europäische Krankenversicherung) Erklärung zur Beratung**

### **1. Was sind EWR-Dienstleister?**

Unter EWR-Dienstleistern werden im Zusammenhang mit Krankenversicherungen eine Reihe europäischer Krankenversicherungsunternehmen verstanden, die aufgrund einer EU-Richtlinie berechtigt sind, Personen mit Wohnsitz in Deutschland auf Antrag Versicherungsschutz zu gewähren. (Richtlinie 92/49/EWG des Rates)

In der Regel sind das arrivierte und renommierte Krankenversicherungsunternehmen mit langer Tradition und vielen Millionen Versicherten weltweit. Viele sind größer als die meisten deutschen Privaten Krankenversicherungen, was die Anzahl der Versicherten betrifft, die ihnen vertrauen.

### **2. Können Versicherte bei EWR-Dienstleistern die Versicherungspflicht in Deutschland erfüllen?**

Alle Tarife der EWR-Dienstleister leisten gemäß den jeweiligen Tarifbestimmungen auch ohne Vorleistung einer deutschen gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung im gesamten europäischen Wirtschaftsraum (EWR). Die Tarife sind jedoch nicht geeignet, den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- und Pflegeversicherungsschutz zu ersetzen. Die gesetzlichen Anforderungen in Deutschland zur Erfüllung der Krankenversicherungspflicht nach §193 VVG können laut Bafin nicht erfüllt werden. Aufgrund deutscher Rechtsprechung entsprechen die angebotenen Tarife nicht der hierzulande geltenden Krankenversicherungspflicht, da sie z.B ohne Altersrückstellungen, Notlagentarif und Basistarif kalkuliert sind. Bei der Europäischen Krankenversicherung müssen keine Strafbeiträge bezahlt werden und der Versicherungsnehmer kann nur bedingt aus der Europäischen Krankenversicherung in das deutsche System ohne Strafbeiträge wechseln, da die Europäische Krankenversicherung nicht die Kriterien der Versicherungspflicht gem. § 193 VVG erfüllt. Sie bestätigen mit der Unterschrift unter dieses Merkblatt, dass Ihnen dies bekannt.

### **3. Altersrückstellungen**

Europäische Krankenversicherungen sind nach Art der Schadensversicherung berechnet –sie sind daher sehr günstig, wenn man jung ist und werden im Alter deutlich teurer. Deutsche private Krankenversicherer sind nach Art einer Lebensversicherung berechnet und sollten daher im direkten Vergleich im Alter weniger stark in den Beiträgen ansteigen.

### **4. Unterschiede zur deutschen PKV**

EWR-Dienstleister sind im Gegensatz zu deutschen privaten Krankenversicherungen nicht verpflichtet:

Einen Basistarif gemäß §193 Abs. 5 VVG anzubieten,  
Altersrückstellungen zu bilden oder übertragbar zu gestalten,  
einen Vertrag fortzuführen, wenn die Beiträge nicht rechtmäßig und vollständig entrichtet wurden – das Kündigungsverbot gem. §193 Abs. 5 VVG trifft auf EWR-Dienstleister ausdrücklich nicht zu

Auf Grund der Tatsache, dass Krankenversicherungen von EWR-Dienstleistern nicht nach Art einer Lebensversicherung berechnet sind, ist ein deutscher Arbeitgeber nicht verpflichtet, einen Arbeitgeberzuschuss für seine Angestellten zu zahlen, die eine solche Versicherung gewählt haben. Dieser Zuschuss ist in diesem Fall eine freiwillige Leistung des Arbeitgebers.

### **5. Pflegeversicherung**

Europäische Krankenversicherungen bieten keine Pflegepflichtversicherung an. Sie bestätigen mit der Unterschrift unter dieses Merkblatt, dass Ihnen dies bekannt ist. Als Alternative empfehlen wir Ihnen die von uns angebotene Pflegegeldversicherung der Allianz in erforderlicher Höhe abzuschließen.

## 6. Moratorium

EWR-Dienstleister bieten in der Regel eine sogenannte Moratoriumsregelung für gesundheitliche Risiken an. Dies bedeutet, dass nachweisliche Erkrankungen und bekannte gesundheitliche Probleme aus den vergangenen Jahren innerhalb der ersten 2 Jahre nicht gedeckt sind. Es findet ein vollständiger Ausschluss bestehender gesundheitlicher Risiken statt. Nach dem ersten ununterbrochenen Versicherungsjahr kann eine frühere Erkrankung als Neuerkrankung abgedeckt werden, wenn in den letzten 2 Jahren keine Behandlung oder Einnahme von Medikamenten stattgefunden hat oder der Versicherte unter (eventuell auch unbehandelten) Symptomen gelitten hat. Chronische Erkrankungen und genetische Defekte sind grundsätzlich von der Deckung ausgeschlossen. Sollten Sie wissen wollen, wie bestehende gesundheitliche Risiken abgedeckt oder ausgeschlossen werden, können Sie bei uns eine individuelle Risikoprüfung vor Abschluss der Versicherung durchführen lassen.

## 7. Laufzeit

Krankenversicherungsverträge mit EWR-Dienstleistern werden für ein Jahr abgeschlossen. Nach Ablauf des Jahres wird der Versicherungsvertrag zu den dann gültigen Bedingungen erneuert, sofern der Versicherte nicht widerspricht.

## 8. Besondere Hinweise

Bei einer Privaten Versicherung mit EWR-Dienstleistern müssen gewisse Unterschiede beachtet werden, die es im Vergleich zu deutschen, privaten Krankenversicherungen gibt, was die alltägliche Handhabung betrifft. So sind die Fristen, in denen Rechnungen eingereicht werden können, wesentlich kürzere (spätestens 3 Monate ab Behandlungszeitpunkt). Aufgrund der Moratoriumsregel ist der Aufwand zum Zeitpunkt der Antragsstellung überschaubar, dafür müssen bei der Einreichung von Rechnungen oft detaillierte Auskünfte zur Erkrankung und Behandlung gegeben werden. Besonders bei den günstigen Tarifen wird oft mit allgemeinen Ausschlüssen gearbeitet. Bitte beachten Sie unbedingt die AVB's des Versicherers, um sich über Fristen und Ausschlüsse zu informieren. Wir als Ihr Berater empfehlen ganz klar, immer, wenn es möglich ist, eine deutsche gesetzliche oder private Krankenversicherung vorzuziehen. Die private Versicherung der EWR-Dienstleister ist hauptsächlich als Zusatzversicherung, Auslandsversicherung oder Notlösung in speziellen Situationen vorgesehen. Sollten Sie als versicherte Person von den EWR-Dienstleistern in das deutsche Krankenversicherungssystem wechseln wollen, kann es bedingt zu Forderungen von Strafbeiträgen kommen für die Zeit, die Sie bei den EWR-Dienstleistern versichert waren, da diese nicht als Substitute Krankenversicherung nach § 193 VVG anerkannt sind.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die oben genannten Erklärungen zum Unterschied von europäischen Krankenversicherungen gegenüber deutschen privaten Krankenversicherungen und zur Problematik der Pflegepflichtversicherung gelesen und verstanden zu haben (Stand 04.2024).

\_\_\_\_\_  
Datum Ort

\_\_\_\_\_  
Kunde/Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Vermittler

Anschrift:

CP Finanzconcepte  
GmbH  
Niermannsweg 11-15  
40699 Erkrath

Kontakt:  
Fon 0211-21097510  
Fax 0211- 21097513

[fink@cp-finanz.de](mailto:fink@cp-finanz.de)  
[www.cp-finanz.de](http://www.cp-finanz.de)

Finanzamt:

Mettmann  
147/5813/1441