



[www.finanzschneiderei.de](http://www.finanzschneiderei.de)

## **Unterlagen zum Abschluss einer Europäischen Krankenversicherung bei der Freedom Health Insurance**

Guten Tag,

beiliegend erhalten Sie alle Unterlagen, die zum Abschluss einer europäischen privaten Krankenversicherung notwendig sind.

### **Und so funktioniert´s:**

#### **1. Ihre persönlichen Daten bequem am Bildschirm ergänzen**

Das Formular lässt sich bequem am Bildschirm mit Ihren persönlichen Angaben befüllen.

**Bitte NUR die rot markierten Felder ergänzen!**

#### **2. Antragsdokumente ausdrucken und unterzeichnen**

Für die Antragstellung drucken Sie bitte den vollständig ausgefüllten Antrag aus und unterzeichnen das Dokument.

#### **3. Unterlagen abschicken**

An uns übermitteln wie es Ihnen am leichtesten fällt: Um Ihnen unnötige Bürokratie zu ersparen, nutzen wir E-Mail, Fax, aber auch den klassischen Brief. Senden Sie die Unterlagen also:

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

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

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

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

#### **Noch Fragen?**

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

Herzliche Grüße

Ihr Ferdinand Steiner

**Bitte ergänzen / unterzeichnen Sie die Dokumente und senden sie uns zurück:**

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

### Antragsteller About you

**Maximales Aufnahmealter ist 70** Maximum age of entry is 70

<b>Titel:</b> <small>Title:</small>	<input type="text"/>
<b>Vorname(s):</b> <small>Forename(s):</small>	<input type="text"/>
<b>Nachname:</b> <small>Surname:</small>	<input type="text"/>
<b>Aufenthaltsland:<sup>1</sup></b> <small>Country of residence:<sup>1</sup></small>	<input type="text"/>

**Wann sind sie dorthin umgezogen?**  
When did you move there?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Heimatland:**  
Home country:

**Nationalität auf Pass:**  
Nationality on passport:

**Geburtsdatum:**  
Date of birth:

**Beruf:**  
Occupation:

**Gesundheit und Lebensstil:**  
Health and lifestyle:

<b>Größe:</b> <small>Height:</small>	<input type="text"/>	<small>cm</small>	<b>Gewicht:</b> <small>Weight:</small>	<input type="text"/>	<small>kg</small>	<b>Raucher:<sup>2</sup></b> <small>Smoker: <sup>2</sup></small>	<small>Nein</small> <input type="checkbox"/>	<small>Ja</small> <input type="checkbox"/>
						<small>Smoker: <sup>2</sup></small>	<small>No</small>	<small>Yes</small>

**Wohnanschrift:<sup>3</sup>**  
Residential address:<sup>3</sup>

**Postleitzahl:**  
Postcode:

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

**Mobilfunknummer:**  
Mobile number:

**E-mail adresse:**  
Email address:

**Versicherungsbeginn:**  
Start date:

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

<sup>1</sup> 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. <sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Ein Raucher ist jemand, der die Frage „Haben Sie in den letzten 12 Monaten Tabak oder Nikotinersatzprodukte konsumiert oder geraucht?“ mit „Ja“ beantworten würde? <sup>3</sup> A smoker is someone who would answer “Yes” to the question, “Have you used or smoked tobacco or nicotine replacement products in the past 12 months?”

<sup>3</sup> Jegliche Korrespondenz wird an diese Adresse geschickt, sofern Sie eine andere Korrespondenzanschrift angegeben haben. Es ist sehr wichtig, dass Sie uns Änderungen bezüglich Ihrer Anschrift oder Ihrer persönliche Daten unverzüglich mitteilen. Eine Änderung könnte Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. <sup>2</sup> All correspondence will be sent to this address unless you have given us a different correspondence address. 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.

**Korrespondenz Adresse (falls abweichend von oben):<sup>3</sup>** Correspondence Address (if different from above):<sup>3</sup>

Korrespondenzanschrift:<sup>3</sup>  
Correspondance address:<sup>3</sup>

Postleitzahl:  
Postcode:

Telefonnummer:  
Telephone number (inc.area code):

Mobilfunknummer:  
Mobile number:

E-mail adresse:  
Email address:

**Mitversicherte Personen** About your family

Vorname(s):  
Forename(s):

Nachname:  
Surname:

Geburtsdatum:  
Date of birth:

Aufenthaltsland:<sup>1</sup>  
Country of residence:<sup>1</sup>

Nationalität auf Pass:  
Nationality on passport:

Beziehung zu Ihnen:  
Relationship to you:

Beruf:  
Occupation:

Gesundheit und Lebensstil:  
Health and lifestyle:

Größe:  cm      Gewicht:  kg      Raucher:<sup>2</sup> Nein  Ja   
Height:                                      Weight:                                      Smoker: 2 No Yes

Vorname(s):  
Forename(s):

Nachname:  
Surname:

Geburtsdatum:  
Date of birth:

Aufenthaltsland:<sup>1</sup>  
Country of residence:<sup>1</sup>

Nationalität auf Pass:  
Nationality on passport:

Beziehung zu Ihnen:  
Relationship to you:

Beruf:  
Occupation:

Gesundheit und Lebensstil:  
Health and lifestyle:

Größe:  cm      Gewicht:  kg      Raucher:<sup>2</sup> Nein  Ja   
Height:                                      Weight:                                      Smoker: 2 No Yes

## Ihr gewünschter Versicherungsschutz The cover you require

Wählen Sie den Geltungsbereich bezogen auf Ihr Aufenthaltsland und Ihr Heimatland, wenn Sie die Möglichkeit benötigen, für Behandlungen in Ihr Heimatland zurückkehren zu können. Bitte beachten Sie die Einschränkungen für US-Bürger in unseren Annahmerichtlinien. Sie und Ihre Angehörigen müssen denselben Geltungsbereich haben. 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.

Bereich 1 - Europa  
Area 1 - Europe

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

Bereich 3 - Weltweit  
Area 3 - Worldwide

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. 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.

Freedom Diamond (2,000,000 overall limit)

Freedom Gold (1,000,000 overall limit)

Freedom Platinum (1,500,000 overall limit)

Freedom Silver (750,000 overall limit)

## Selbstbehalt Excess

Wünschen Sie einen Selbstbehalt? Do you require an excess?

Ja Yes

Nein No

Wenn ja, wählen Sie bitte den entsprechenden SB aus der Tabelle: If yes, please choose from the following:

### Selbstbehalt pro Versicherungsjahr € Excess per year €

0

50

100

250

500

1000

2500

5000

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

## Angaben über Ihren Hausarzt Doctor's/Medical Practitioner's details

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. 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.

Name:  
Name:

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

Adresse:  
Address:

Postleitzahl:  
Postcode:

Telefonnummer:  
Telephone number:

E-mail Adresse:  
Email address:

## Moratorium underwriting

Bei der Moratoriumsklausel müssen Sie bei Antragstellung keinerlei Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand beantworten, jedoch werden Sie in den ersten zwei Jahren der Versicherung keine Erstattung für Kosten bekommen, die auf Grund von Vorerkrankungen entstanden sind, für die Sie in den letzten zwei Jahren Behandlungen und/oder Medikamente oder eine ärztliche Beratung erhalten haben oder für die Symptome auftraten, diagnostiziert oder nicht. *If you choose this underwriting option, you do not need to complete any questions concerning your health at the point of application, however, you will not be covered for any claims made in respect of pre-existing conditions during the first two years of the policy, for which you have received treatment and/or medication, or asked advice on, or had symptoms of whether or not diagnosed, during the two years immediately before your policy started with us.*

Beschwerden die nach dem Versicherungsbeginn auftreten aber in Verbindung mit einer Vorerkrankung stehen, sind ebenfalls ausgeschlossen. *Conditions that arise after the policy commencement date but are related to the pre-existing condition will also be excluded.*

Wir schließen jeglichen Krankheitszustand aus, der oder für den: *We exclude any medical condition or related condition which:*

- vorhersehbar war, *was foreseeable,*
- offensichtlich war, *manifested itself,*
- Sie Anzeichen oder Symptome festgestellt haben, *you have experienced signs or symptoms,*
- Sie eine Beratung erhalten haben; *you have sought advice*
- Sie Behandlungen oder Medikamente erhalten haben; oder *you have received treatment and/or medication, or*
- nach Ihrem besten Wissen, in den letzten zwei Jahren vor dem Versicherungsbeginn bestand. *to the best of your knowledge, existed in the two years before the start of the insured person's cover.*

Wenn Sie in den ersten zwei Jahren nach dem Versicherungsbeginn: *If you have:*

- Symptome festgestellt haben *experienced symptoms,*
- eine Beratung erhalten haben *sought advice, or*
- Behandlungen, Medikamente oder eine Sonderdiät benötigt oder erhalten haben, dann verlängert sich die Wartezeit um weitere zwei Jahre, in denen Sie keine: *received treatment, medication or special diet in the 2 years after the policy commencement date, then you will have to wait until you have completed a continuous 2 year period where you have not:*
- Symptome festgestellt haben *experienced symptoms*
- eine ärztliche Beratung erhalten, oder *sought advice, or*
- Behandlung, Medikamente oder spezielle Diät erhalten haben, damit diese Erkrankung oder die mit dieser Erkrankung in Verbindung stehenden Symptome, für eine erneute Deckung berücksichtigt werden kann *received treatment, medication or special diet in order for the medical condition or related medical condition to be considered for coverage.*

### Vorerkrankungen

#### Pre-existing conditions

**Ich verstehe, dass Vorerkrankungen, die in den letzten zwei Jahren vor dem Moratoriumsdatum aufgetreten sind, für die ersten zwei Jahre, in denen Ihre Police in Kraft ist, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.** Der durch das Moratorium ausgeschlossene Versicherungsschutz kann zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgenommen werden, sofern Sie keinen Haus- oder Facharzt zur Behandlung oder Beratung (einschließlich Kontrolluntersuchungen) konsultiert haben, Sie keine Symptome hatten oder Medikamente eingenommen haben (einschließlich Medikamente, Injektionen, spezielle Diäten usw.)

**I understand that pre-existing conditions that occurred during the last two years prior to the Moratorium Date will be excluded from cover for the first two years your policy is in force.** Cover excluded by the moratorium may be reinstated at a later date provided you have not consulted any General Practitioner or Specialist for treatment or advice (including check-ups) or you have not suffered symptoms or taken medication (including drugs, medicines, special diets or injections) for a continuous period of two years after your Moratorium Date.

Durch Ankreuzen dieses Kästchens stimmen Sie der obigen Erklärung in Ihrem eigenen Namen und im Namen aller anderen Antragsteller zu   
*By ticking this box, you agree to the above statement on behalf of yourself and all other applicants*

**Unterschrift:**

Signed:

**Datum:**

Date:

## Verwendung von persönlichen Informationen Use of personal information

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 beteiligten medizinischen 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 [freedomhealthinsurance.eu/privacy-policy](https://freedomhealthinsurance.eu/privacy-policy) befindet.

Sie können uns auch um die Übersendung einer Kopie bitten.

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.eu/privacy-policy](https://freedomhealthinsurance.eu/privacy-policy). Alternatively, you can ask us for a copy.

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.eu](mailto:dataprotection@freedomhealthinsurance.eu) kontaktieren. 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.eu](mailto:dataprotection@freedomhealthinsurance.eu).

## ERKLÄRUNG\* Declaration

Ich/Wir beantrage(n) hiermit, unter der ausgewählten Worldwide Freedom Worldwide EEA Policy 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 Health GmbH bilden.

Ich/Wir verstehe(n) und akzeptieren die Informationen im Underwriting Bereich der Freedom Worldwide EEA Versicherungsunterlagen.

Ich/Wir verstehe(n), dass dieser Antrag von Freedom Health GmbH genehmigt werden muss und dass die bereitgestellten medizinischen Informationen dazu führen können, dass ein Ausschluss vereinbart wird oder Freedom Health GmbH 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, Freedom Health GmbH Informationen zur Verfügung zu stellen, 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 Health GmbH eine Ablehnung erhalten könnte.

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

I/We hereby apply to be covered under the selected Freedom Worldwide EEA 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 are 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 Freedom Worldwide EEA Policy Document.

I/We understand that this application is subject to acceptance by Freedom Health GmbH and the medical information provided may result in Policy endorsement(s) being applied or in some circumstances Freedom Health GmbH 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 Health GmbH with the information they may need in connection to any claim made under this plan.

I accept that if I do not provide the information required in the medical practitioner section, in the event of a claim being made by me, or any of my dependants included under this plan, which is deemed as being a treatment for a pre-existing medical or related medical condition by Freedom Health GmbH such claim will be rejected.

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

**Unterschrift:**

Signed:

**Datum:**

Date

## Zahlungsinformationen Methods of payment

Sepa-Lastschrift SEPA Direct Debit  Kredit-/Debitkarte Credit/Debit card  Banküberweisung Bank Transfer

Zahlungsfrequenz:  Monatlich Monthly  Vierteljährlich Quarterly  Jährlich Annually  
Payment frequency:

Wenn Sie Sepa-Lastschrift ausgewählt haben, gehen Sie bitte zu Abschnitt 1.

If you have selected Sepa Direct Debit, please go to section 1.

Wenn Sie eine Kredit-/Debitkarte ausgewählt haben, gehen Sie bitte zu Abschnitt 2.

If you have selected a Credit/Debit card, please go to section 2.

Wenn Sie Banküberweisung ausgewählt haben, gehen Sie bitte zu Abschnitt 3.

If you have selected bank transfer, please go to section 3.

### 1. SEPA Lastschrift-Mandat SEPA Direct Debit-Mandate

Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers DE16ZZZ00001941136 SEPA Creditor Identification number DE16ZZZ00001941136

Ich/Wir ermächtige/n Freedom Health GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir unser Kreditinstitut an, die von Fre Freedom Health GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/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.

Meine/Unsere Rechte zu diesem Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/wir bei meinem/unserem Kreditinstitut anfordern kann/können.

I/we authorise Freedom Health GmbH to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instruction form the creditor Freedom Health GmbH.

Note: I can (we can) within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon the financial authority apply.

My (our) rights to this mandate are contained in a leaflet that I (we) can request from the bank.

Bitte alle Felder ausfüllen Please complete all fields

### Mandatsreferenz Mandate details

Freedom Health GmbH.

Bitte beachten Sie, dass die Referenz "Freedom Health GmbH by Stripe via PPRO" auf Ihrem Bankkonto erscheinen wird.

Please note that the reference "Freedom Health GmbH by Stripe via PPRO" will appear on your bank statement.

### Identifikation des Zahlungspflichtigen Identification of the debtor

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen:  
Payers name and address:

  
  
  

Postleitzahl:  
Postcode:



IBAN und BIC (finden Sie in Ihren Kontoauszügen) IBAN and BIC (can be found on bank statement)

**IBAN** des Zahlungspflichtigen:  
IBAN number:

**BIC** Bankleitzahl des Zahlungspflichtigen:  
BIC/SWIFT number:

**Unterschrift(en):**  
Signature(s):

Unterzeichnet von:  
Signed by (print name)

**Datum:**  
Date:

## 2. Kreditkarte Debit and Credit Card

Wenn Sie sich für die Zahlung per Karte entscheiden, beachten Sie bitte, dass wir für die Abwicklung von Kartenzahlungen Stripe verwenden, einen sicheren Zahlungsdienstleister.

**Erste Zahlung:** Sobald Sie die Kartenzahlungsoption ausgewählt haben, senden wir Ihnen über Stripe einen Zahlungslink per E-Mail. Über diesen Link können Sie Ihre erste Zahlung sicher online tätigen.

Autorisierung für zukünftige Zahlungen: Indem Sie Ihre Kartendaten über den Stripe-Zahlungslink eingeben und Ihre erste Zahlung leisten, ermächtigen Sie Freedom Health GmbH, zukünftige Prämienzahlungen automatisch am Fälligkeitsdatum für jeden Prämienzeitraum von dieser Karte einzuziehen. Dadurch wird sichergestellt, dass Ihre Police aktiv bleibt und Zahlungen bequem eingezogen werden, ohne dass zusätzliche Maßnahmen Ihrerseits erforderlich sind.

If you choose to pay by card, please note that we use **Stripe**, a secure payment merchant, to process card payments.

**First Payment:** Upon selecting the card payment option, we will send you a payment link via email through Stripe. This link will allow you to securely make your first payment online.

**Authorisation for Future Payments:** By entering your card details through the Stripe payment link and making your first payment, you authorise **Freedom Health GmbH** to automatically collect future premium payments from this card on the due date for each premium period. This ensures your policy remains active and payments are collected conveniently without the need for additional actions on your part.

Bitte bestätigen Sie Ihre E-Mail-Adresse und wir senden Ihnen eine Rechnung per E-Mail über unser Online-Zahlungssystem (Stripe). Wenn Sie keine E-Mail-Adresse haben, senden wir die Rechnung per Post. [Please confirm your email address and we will send you a payment link. If you don't have an email, please discuss alternative options.](#)

E-mail adresse:

Unterschrift:  
Signed:

Datum:  
Date:

## 3. Überweisung Bank Transfer

Bitte bestätigen Sie Ihre E-Mail-Adresse und wir senden Ihnen eine Rechnung per E-Mail über unser Online-Zahlungssystem (Stripe). Wenn Sie keine E-Mail-Adresse haben, senden wir die Rechnung per Post. [Confirm your email address and we will send you an email invoice via our online payment system \(Stripe\). If you don't have an email address, we will send the invoice by post.](#)

E-mail adresse:

Email address:

(For office use only)

Agent/Broker  
name:

Agent/Broker  
number:

FREEDOM WORLDWIDE EEA | INDIVIDUAL APPLICATION MORI | 01/01/2025

Freedom Health GmbH - Hohe Bleichen 8, 20354 Hamburg  
Insurance agent with licence according to § 34d Abs. 7 GEWO Reg. No. [D-HWU8-3V810-73]  
FINOM PAYMENTS IBAN: DE44 1001 8000 0664 3194 71 BIC: FNOMDEB2  
Registered office: Hamburg – Amtsgericht Hamburg [HRB 185239] - Managing Directors Nikolaus Suhr, Hooshir Mireskandari, Sarah Ciranouch Saumtally

Freedom Health GmbH - Hohe Bleichen 8, 20354 Hamburg  
Versicherungsvertreter mit Erlaubnis nach § 34d Abs. 7 GEWO Reg.-Nr. [D-HWU8-3V810-73]  
FINOM PAYMENTS IBAN: DE44 1001 8000 0664 3194 71 BIC: FNOMDEB2  
Sitz: Hamburg · Amtsgericht Hamburg [HRB 185239] Geschäftsführer Nikolaus Suhr, Hooshir Mireskandari, Sarah Ciranouch Saumtally

FREEDOM WORLDWIDE | INDIVIDUAL APPLICATION MORI | 01/2025 GERMAN | FinanzSchneiderei Versicherungsmakler INT0410

### Was sind EWR-Dienstleister

EWR-Dienstleister sind private Versicherungsunternehmen mit Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR), die Inländern von ihrem ausländischen Sitz aus Krankheitskostenschutz gewähren. Sie werden von den zuständigen Behörden ihres Herkunftsstaats beaufsichtigt. Zusätzlich unterliegen sie bei ihrer Geschäftstätigkeit in Deutschland einer eingeschränkten Aufsicht durch die BaFin gemäß § 110a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG).

### Erfüllen EWR-Dienstleister die Versicherungspflicht in Deutschland

Jede Person mit Wohnsitz in Deutschland muss nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) bei einem Versicherungsunternehmen, das in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassen ist, eine substitutive Krankenvollversicherung abschließen und aufrechterhalten. Diese hat bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen. Grundsätzlich kann auch ein Vertrag bei einem Versicherer aus einem anderen Land der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums geeignet sein, diese gesetzliche Versicherungspflicht zu erfüllen. Dies dürfte jedoch vornehmlich ausländische Bürger betreffen, die Krankenversicherungsverträge bereits vor Verlegung Ihres Wohnsitzes nach Deutschland abgeschlossen haben.

### Vertragslaufzeiten

Verträge mit EWR-Dienstleistern werden meist für ein Jahr abgeschlossen. Nach Ablauf des Jahres wird der Versicherungsvertrag zu den dann gültigen Bedingungen erneuert, sofern der Versicherte nicht widerspricht. Falls es gesetzliche Änderungen erfordern bzw. der Versicherer in der BRD kein Geschäft mehr zeichnet, kann dies zur Beendigung eines Vertrages führen.

### Kosten bei vorzeitiger Kündigung

Eine Europäische Krankenversicherung kann mit Unterstützung der FinanzSchneiderei auch unterjährig beendet werden, falls keine Leistungen im laufenden Versicherungsjahr ausbezahlt wurden. Als Makler übernehmen wir für Sie den Schriftwechsel zur vorzeitigen Vertragsbeendigung gegen ein Honorar von drei Monatsbeiträgen (inkl. MwSt.).

### Altersrückstellungen

Es gibt gegenwärtig keinen EWR-Dienstleister, der Altersrückstellungen bildet – die Beiträge sind nach Art einer Schadensversicherung kalkuliert und werden im Alter deutlich teurer. Daher sollten persönliche Rücklagen gebildet werden, wir beraten Sie auf Wunsch gerne. Deutsche Private Krankenvollversicherungen sind nach Art einer Lebensversicherung berechnet und die Beiträge sollten im Vergleich im Alter weniger stark ansteigen.

### Arbeitgeberzuschuss

Ein Arbeitgeberzuschuss wird nach §257 Abs. 2a SGB V nur dann gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen die dort genannten Voraussetzungen erfüllt. Es muss insbesondere die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreiben. Ein deutscher Arbeitgeber ist daher nicht verpflichtet, einen Zuschuss zu gewähren.

### Pflegepflichtversicherung

Nach Maßgabe des § 23 Absätze 1 und 2 des Elften Sozialgesetzbuchs müssen sich privat Krankenversicherte bei einem privaten Versicherungsunternehmen auch gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichern. Dies gilt jedoch grundsätzlich nur, wenn der abgeschlossene Krankenversicherungsvertrag der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG auch tatsächlich genügt. Eine private Pflegeversicherung wird von EWR-Dienstleistern nicht angeboten. Sie muss daher gesondert bei einem deutschen Krankenversicherer abgeschlossen werden. Diese sind verpflichtet, mit den Personen, die laut Gesetz eine Pflegeversicherung haben müssen, auf Antrag einen solchen Vertrag abzuschließen – aber eben nur mit diesen. Ist das nicht der Fall, so kann der deutsche Versicherer, bei dem eine Aufnahme in die Pflegepflichtversicherung begehrt wird, den Antrag ablehnen.

### Unterschiede zur deutschen PKV

EWR-Dienstleister sind, im Gegensatz zu Deutschen Privaten Krankenvollversicherern, unter anderem nicht verpflichtet einen Basis-Tarif gem. § 193 Abs. 5 VVG anzubieten. Sie müssen auch keinen Vertrag fortführen, wenn die Beiträge nicht vollständig bezahlt wurden. Das Kündigungsverbot gem. § 193 Abs. 5 VVG trifft auf die EWR-Dienstleister ausdrücklich nicht zu.

### Strafprämien

Mit der Aufnahme in eine Krankheitskostenabsicherung eines ausländischen EWR-Dienstleisters werden keine Strafprämien erhoben, da es sich um eine reine Risikoversicherung handelt. Bei Eintritt in eine deutsche substitutive Krankenvollversicherung (unabhängig ob privat oder gesetzlich) können in Abhängigkeit der Prüfung durch das deutsche Versicherungsunternehmen weiterhin Strafbeiträge, auch für den Zeitraum der Mitgliedschaft bei einem EWR-Dienstleister, erhoben werden.

### Substitutive Krankenvollversicherung

Die Beiträge einer substitutiven Krankenversicherung müssen u.a. nach Art der Lebensversicherung kalkuliert sein. Die angebotene Absicherung kann eine deutsche gesetzliche oder private Krankenvollversicherung daher nicht ersetzen. Wir bieten die Tarife der EWR-Dienstleister als rein optionale Krankheitskostenabsicherung an.

## Moratorium

EWR-Dienstleister bieten in der Regel eine sog. Moratoriumsregelung für gesundheitliche Risiken an. Dies bedeutet, dass nachweisliche Erkrankungen und bekannte gesundheitliche Probleme aus den vergangenen Jahren innerhalb der ersten Jahre nicht gedeckt sind. Es findet ein vollständiger Ausschluss bestehender gesundheitlicher Risiken statt. Nach (meist) zwei bis fünf Jahren ununterbrochener Versicherung kann eine frühere Erkrankung als Neu-Erkrankung abgedeckt werden. Voraussetzung ist, dass in diesen Jahren keine Behandlung oder Einnahme von Medikamenten stattgefunden hat sowie der Versicherte nicht unter (evtl. auch unbehandelten) Symptomen gelitten hat. Chronische Erkrankungen und genetische Defekte sind grundsätzlich von der Deckung ausgeschlossen. Möchten Sie wissen, wie bestehende Vorerkrankungen abgedeckt oder ausgeschlossen werden, können Sie eine Risikoprüfung vor Vertragsabschluss durchführen.

## Leistungsabwicklung

Aufgrund der Moratoriumsregel ist der Aufwand zum Zeitpunkt der Antragsstellung überschaubar, dafür müssen bei der Einreichung von Rechnungen detaillierte Auskünfte zur Erkrankung und Behandlung gegeben werden. Die Fristen, in denen Rechnungen eingereicht werden können, sind wesentlich kürzer und betragen in der Regel 3 - 6 Monate nach Behandlungsdatum.

## Wer sollte keinen Antrag auf eine Europäische Krankenversicherung stellen

Bestehende akute oder chronische Erkrankungen sind von der Deckung durch Europäische Krankenversicherungen immer ausgeschlossen. Wer krank ist, wird für sein Geld keine adäquate Leistung erhalten, da bestehende Krankheiten und alles, was damit verbunden ist oder sein kann, von der Versicherung nicht abgedeckt wird.

Damit unterliegen vor allem chronische Erkrankungen wie hoher Blutdruck (Hypertonie), Herz-/Kreislaufkrankungen oder Diabetes so umfangreichen Ausschlusskriterien, dass eine Krankenversicherung über einen EWR-Dienstleister in der Regel nicht sinnvoll ist.

## Sonstige Hinweise

Besonders bei den günstigen Tarifen wird oft mit allgemeinen Ausschlüssen gearbeitet. Bitte beachten Sie unbedingt die AGBs der Versicherer, um sich über Fristen und Ausschlüsse zu informieren. Zusatzversicherungen, wie z. B. Krankentagegelder, Aufbautarife für Zahnersatz oder eben die Pflegepflichtversicherung, werden von EWR-Dienstleistern nicht angeboten.

## Erklärung zur Beratungsdokumentation

Aufgrund der finanziellen Möglichkeiten, des Gesundheitszustandes oder eines langfristigen Auslandsaufenthaltes soll eine Aufnahme in eine deutsche Krankenversicherung (vorerst) nicht erfolgen. Der Mandant bestätigt den Erhalt der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der Tarifinformationen sowie einem Auszug der Informationsbroschüre der BaFin zum Thema EWR-Dienstleister. Der Mandant bestätigt aktuell nicht krankenversichert zu sein und die o.g. Informationen erhalten und gelesen zu haben. Es wurde eine auf die Europäische Krankenversicherung eingeschränkte Beratung gewünscht. Zu den Möglichkeiten der Rückkehr bzw. Eintritt in das deutsche Krankenversicherungssystem wurde dennoch detailliert informiert. Die Beratung umfasste unter anderem folgende Inhalte:

- Substitutive Krankenversicherung / Erhebung von Strafbeiträgen
- Unterschiede Normaltarif / Basistarif / Notlagentarif
- Pflegepflichtversicherung / Krankentagegeld

## Einwilligungserklärung (unbedingt erforderlich)

Bevor Sie diese Beratungsdokumentation unterschreiben lesen Sie bitte unsere Datenschutzerklärung auf der Rückseite.

Ich bin mit dem Versand von unverschlüsselten E-Mails zur Auftragsabwicklung einverstanden – explizit auch für den Fall, dass in der E-Mail besondere persönliche Daten (z.B. Gesundheitsdaten/Finanzstatus) enthalten sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die FinanzSchneiderei zur Durchführung des Auftrags Gesundheitsdaten über mich im Rahmen des in der Datenschutzerklärung beschriebenen Umfangs verarbeitet. Ich stimme zu, dass diese Gesundheitsdaten an die benannten Dienstleister übermittelt und durch diese wie beschrieben verarbeitet werden.

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen – jedoch nur für die Zukunft – widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt davon unberührt.

Führt der Widerruf der Einwilligung dazu, dass der in der geregelte Vertragszweck nicht mehr erfüllt werden kann, endet automatisch die vereinbarte Verpflichtung der FinanzSchneiderei gegenüber dem Mandanten.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Mandant



# Datenschutzerklärung

(Stand 09/2022)

## 1. Präambel

Der Mandant wünscht die Vermittlung und/oder Verwaltung seiner Vertragsverhältnisse gegenüber Versicherern, Bausparkassen und/oder Anlagegesellschaften und/oder sonstigen Unternehmen, mit welchen der Makler zusammenarbeitet, aufgrund der vereinbarten Regelungen (Auftrag/Maklervertrag) mit dem Makler. Zu deren Umsetzung, insbesondere der Vertragsvermittlung und -verwaltung, soll der Makler alle in Betracht kommenden Daten des Kunden verarbeiten, erhalten, verwenden, speichern, übermitteln und weitergeben dürfen.

## 2. Name und Anschrift des für die Verarbeitung Verantwortlichen

Verantwortlicher im Sinne der datenschutzrechtlichen Bestimmungen ist:

FinanzSchneiderei GmbH & Co. KG Versicherungsmakler  
St.-Jakobs-Platz 1, DE-86316 Friedberg / Bayern D-88UK-71CSR-84

## 3. Rechtsgrundlage, Einwilligung in die Datenverarbeitung

- Der Makler verarbeitet die personenbezogenen Daten des zur Erfüllung und Durchführung des erteilten Auftrags und in dem in diesen Datenschutzhinweisen beschriebenen Umfang.
- Die beschriebene Verarbeitung personenbezogener Daten ist für die Vertragsdurchführung erforderlich und beruht auf der Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO. Die Verarbeitung von Gesundheitsdaten erfolgt nur mit der Einwilligung des Auftraggebers und beruht auf der Rechtsgrundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO.
- Soweit die Verarbeitung personenbezogener Daten zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung erforderlich ist, beruht diese Verarbeitung auf Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO.
- Der Makler gibt die Daten des Mandanten, insbesondere auch die Gesundheitsdaten des Kunden, zur Einholung von Stellungnahmen und Gutachten, sowie zur rechtlichen Prüfung von Ansprüchen an von Berufswegen zur Verschwiegenheit verpflichtete Personen (z.B. Anwälte und Steuerberater) weiter.

## 4. Mitarbeiter und Vertriebspartner

Die personenbezogenen Daten des Mandanten einschließlich der Gesundheitsdaten werden durch die Mitarbeiter und Erfüllungsgehilfen des Maklers eingesehen und für die Beratung gegenüber dem Mandanten und dem Versicherer verwendet. Zu den Mitarbeitern des Maklers zählen alle Arbeitnehmer, selbständige Handelsvertreter, Empfehlungsgeber und sonstige Erfüllungsgehilfen, die mit dem Makler eine vertragliche Regelung unterhalten. Die personenbezogenen Daten des Mandanten, sein Finanzstatus und die Gesundheitsdaten werden an diese und künftige Mitarbeiter des Maklers zum Zwecke der Ver-

tragsbetreuung weitergegeben und im Rahmen des Vertragszweckes eingesehen, verarbeitet und verwendet.

## 5. Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden

Die Daten des Mandanten werden nach Kündigung der Zusammenarbeit im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen, gelöscht. Zur Abwehr zukünftiger Schadenersatzansprüche können sich die Löschfristen entsprechend verlängern.

## 6. Rechte des Mandanten als betroffene Person

Dem Mandanten stehen sämtliche in Kapitel 3 (Art. 12-23) DSGVO genannten Rechte zu, insbesondere das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruchsrecht und Recht auf Datenübertragbarkeit.

## 7. Kooperationspartner

Dem Kunden ist bekannt, dass der Makler im Rahmen seiner auftragsgemäß übernommenen Aufgaben mit Kooperationspartnern zusammenarbeitet. Aus diesem Grunde wurden die Kooperationspartner bevollmächtigt. Zum Zwecke der auftragsgemäßen Umsetzung ist es neben der Bevollmächtigung ebenfalls erforderlich, dass der Kooperationspartner die Daten des Mandanten erhält und verarbeitet.

## 8. Datenübertragung in Drittländer

Sollten wir Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt dies nur, soweit dem Drittland von der EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien bestehen.

## 9. Widerruf der Einwilligung

Die Einwilligung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten kann durch den Mandanten jederzeit und ohne Begründung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die an der Vertragsvermittlung und/oder -verwaltung beteiligten Unternehmen werden sofort über den Widerruf informiert und verpflichtet, unverzüglich die gesetzlichen Regelungen der DSGVO und des BDSG umzusetzen.

## 10. Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde

Der Mandant hat jederzeit die Möglichkeit, wegen der Verarbeitung personenbezogener Daten Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde einzulegen (Art. 77 DSGVO). Die zuständige Aufsichtsbehörde für die Verarbeitung personenbezogener Daten durch den Makler ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht.