

Es schreibt Ihnen:  
**Ferdinand Steiner**  
Tel.: 0831 930 62 440  
Fax: 0831 930 62 444  
service@finanzschneiderei.de  
[www.finanzschneiderei.de](http://www.finanzschneiderei.de)



**FinanzSchneiderei**  
Versicherungsmakler

## ***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**

Selbstverständlich haben wir den Antrag ins Deutsche übersetzt. 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 zur europäischen Krankenversicherung 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 an [service@finanzschneiderei.de](mailto:service@finanzschneiderei.de)
- per Fax an **0831 930 62 444**
- per Brief an **FinanzSchneiderei  
Paul-Lenz-Str. 1  
86316 Friedberg / Bayern**

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

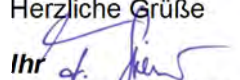
Wir prüfen alle Ihre Antragsangaben vorab auf Vollständigkeit und reichen den Antrag dann zur Bearbeitung ein. Im Anschluss - meist innerhalb von 72 Stunden - erhalten Sie Ihre verbindliche Annahmeerklärung per Email.

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 mich einfach an – ich freue mich auf Sie!

Herzliche Grüße

  
**Ferdinand Steiner**



Freedom Health Insurance

# WORLDWIDE INDIVIDUAL APPLICATION FORM

(Moratorium) *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 65.

*Maximales Aufnahmealter ist 65.*

## About you

*Antragsteller*

Title: <i>Titel:</i>	(Dr/Mr/Mrs/Miss/Ms/Other)
Forename(s): <i>Vorname:</i>	
Surname: <i>Nachname:</i>	
Country of Residence: <sup>2</sup> <i>Aufenthaltsland:<sup>2</sup></i>	
How long have you lived there? <i>Seit wann leben Sie dort?</i>	
Home country: <i>Heimatland:</i>	
Nationality on passport: <i>Nationalität:</i>	
Date of birth: <i>Geburtsdatum:</i>	
Occupation: <i>Beruf:</i>	
Residential Address: <sup>3</sup> <i>Wohnanschrift:<sup>3</sup></i>	Postcode: / <i>Postleitzahl:</i>
Telephone numbers: (inc. area code) <i>Telefonnummer:</i>	
Mobile number: <i>Mobilfunknummer:</i>	
E-mail address: <i>Email Adresse:</i>	
Start date: <i>Versicherungsbeginn:</i>	(We cannot backdate cover under any circumstances) <i>(Wir können den Versicherungsbeginn unter keinen Umständen rückdatieren)</i>

<sup>2</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> 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>3</sup>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. *<sup>3</sup> 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: <sup>3</sup> <i>Wohnanschrift:<sup>3</sup></i>	Postcode: / <i>Postleitzahl:</i>
Telephone numbers: (inc. area code) <i>Telefonnummer:</i>	
Mobile number: <i>Mobilfunknummer:</i>	
E-mail address: <i>Email Adresse:</i>	

## About your family

*Mitversicherte Personen*

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

*continued overleaf >>*

## The cover you require / Ihr gewünschter Versicherungsschutz

Select the area of cover from the descriptions below based upon the location of your country of residence and your home country if you require the option of returning to your home country for treatment. Please see 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 Schadensprüche verursachen.*

Name:   
*Name:*

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

Address:   
*Adresse:*

Postcode: / *Postleitzahl:*

Telephone number:  Fax number: / *Faxnummer:*   
*Telefonnummer:*

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) Ermächtigungsförmular für Kreditkarte (nur Mastercard und Visa)*

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

Type of card:  Mastercard  Visa  
*Kartentyp:*

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

Name on card:   
*Name auf Kreditkarte:*

Card number:   
*Kartenummer:*

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

To Freedom Healthnet Limited *An Freedom Healthnet Limited*

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

Signed:  Date:   
*Unterschrift:* *Datum:*

**2. Bank Transfer** Überweisung

Please tick if you want to pay by bank transfer

Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie per Überweisung zahlen möchten 

Recipient: VfA-International GbR  
*Empfänger:*

IBAN: DE45 2139 0008 0000 9847 01

BIC / SWIFT: GENODEF1NSH

Reference: Name und Policen-Nr.  
*Verwendungszweck:*

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

**Quarterly**  
*Vierteljährlich*

**Annually**  
*Jährlich*

## Moratorium underwriting

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. *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.*

Conditions that arise after the policy commencement date, but are related to the pre-existing condition will also be excluded.

*Beschwerden die nach dem Versicherungsbeginn auftreten aber in Verbindung mit einer Vorerkrankung stehen, sind ebenfalls ausgeschlossen.*

We exclude any medical condition or related condition which:

*Wir schließen jeglichen Krankheitszustand aus, der oder für den:*

- was foreseeable, *vorhersehbar war,*
- manifested itself, *offensichtlich war,*
- you have experienced signs or symptoms, *Sie Anzeichen oder Symptome festgestellt haben,*
- you have sought advice, or *Sie eine Beratung erhalten haben,*
- you have received treatment and/or medication, *Sie Behandlungen oder Medikamente erhalten haben,*
- to the best of your knowledge, existed *nach Ihrem besten Wissen*

in the two years before the start of the insured persons cover. *in den letzten zwei Jahren vor dem Versicherungsbeginn bestand.*

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

- experienced symptoms, *Symptome festgestellt haben,*
- sought advice,
- required treatment, medication, or special diet, or, *Behandlungen, Medikamente oder eine Sonderdiät benötigt oder erhalten haben,*
- 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; *dann verlängert sich die Wartezeit um weitere zwei Jahre, in denen Sie:*

- experienced symptoms, *keine Symptome feststellen,*
- sought advice, *eine ärztliche Beratung erhalten,*
- required treatment, medication, or special diet, or, *Behandlungen, Medikamente oder eine Sonderdiät benötigen oder erhalten dürfen,*
- received treatment, medication, or special diet

in order the medical condition or related medical condition will be considered for coverage. *damit die Vorerkrankungen schließlich mitversichert sind.*

Signature:

Unterschrift:

Date:

Datum:

## 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 beantrage 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 vereinbart, 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 Angehörigen, die im Zusammenhang mit einer Vorerkrankung stehen könnten, verzögert erstattet oder gänzlich abgelehnt werden. Ich bestätige und stimme 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:

Date:

(For office use only)

Agent/Broker Name:

Agent Broker Number:

INT0271

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

Freedom Healthnet Ltd. Bourne Gate. 25 Bourne Valley Road. Poole. BH12 1DY. United Kingdom.

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

Registered Office: Freedom Healthnet Ltd, Bourne Gate, 25 Bourne Valley Road, Poole, BH12 1DY, United Kingdom.

Registered in England No. 04815524.

Freedom Healthnet Ltd is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority.





VfA – International GbR Löjaer Berg 61 D – 23715 BOSAU

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 30 ZZZ 0000 1878319

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ /  r d \_\_\_\_\_ d  
( Vers.-Schein-Nr. / Gesellschaft)

SEPA – Lastschriftmandat

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

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Achim & Christopher Götze V A-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 (22 Zeichen)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## **Informationen zu Europäischen Krankenversicherungen / EWR-Dienstleistern** **Was Sie als Kunde wissen sollten**

Sie interessieren sich für eine Europäische Krankenversicherung, ein Krankheitskostenschutz von einem sogenannten EWR-Dienstleister. Wir haben Ihnen auf den folgenden Seiten wichtige Informationen zusammengestellt:

### **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. EWR-Dienstleister 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). Diese Aufsicht beschränkt sich auf die Einhaltung der Vorschriften, die dem Schutz des Allgemeininteresses dienen. Diese sind insbesondere im VAG und im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) enthalten.

### **Können EWR-Dienstleister die Versicherungspflicht in Deutschland erfüllen?**

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 entsprechende Krankenversicherungsverträge bereits vor Verlegung des Wohnsitzes nach Deutschland abgeschlossen haben.

### **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 direkten Vergleich im Alter weniger stark ansteigen.

### **Arbeitgeberzuschuss**

Ein Arbeitgeberzuschuss wird nach § 257 Absatz 2a Fünftes Sozialgesetzbuch nur dann gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen die dort genannten Voraussetzungen erfüllt, wenn es also insbesondere die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt. Eine entsprechende Bestätigung erteilt die BaFin auf Antrag des Versicherungsunternehmens. Bislang hat sie keinem EWR-Dienstleister eine solche Bestätigung erteilt, da die genannten Voraussetzungen nicht erfüllt werden. Ein deutscher Arbeitgeber ist daher nicht verpflichtet, einen Zuschuss zu gewähren. Er hat aber Interesse daran, dass seine Arbeitnehmer krankenversichert sind. Daher kann er freiwillig die Beiträge bezuschussen, was allerdings der Lohnsteuer unterliegt.

### **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 zu einer Beendigung eines Vertrages führen.

## **Unterschiede zur deutschen PKV**

EWR-Dienstleister sind, im Gegensatz zu Deutschen Privaten Krankenvollversicherern, unter anderem nicht verpflichtet:

- Einen BASIS-Tarif 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 gemäß § 193 Abs. 5 VVG trifft auf die EWR-Dienstleister ausdrücklich nicht zu.

## **Steuerliche Absetzbarkeit**

Da ausländische Gesellschaften die Beiträge nicht direkt an die Finanzämter melden können, kann die Anrechnung analog Deutscher Privater Krankenversicherungsverträge, bei denen kein Einverständnis über die Weitergabe der Daten vorliegt, erfolgen. In deutschen Steuererklärungsformularen gibt es außerdem speziell für ausländische Verträge im Zusatzformular „Vorsorge“ einen eigenen Bereich. Ob folglich nur gemäß den alten Pauschalsätzen oder sogar darüber abgesetzt werden kann, bitten wir mit einem Steuerberater zu besprechen.

## **Strafprämien**

Mit der Aufnahme in eine Krankheitskostenabsicherung eines 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 den deutschen Versicherer weiterhin Strafbeiträge – auch für den Zeitraum der Mitgliedschaft bei einem EWR-Dienstleister – erhoben werden.

## **Substitutive Krankenvollversicherung**

Die Beiträge einer substitutiven Krankenvollversicherung müssen u. a. nach Art einer Lebensversicherung kalkuliert sein. Die angebotene Absicherung kann daher eine deutsche gesetzliche oder private Krankenvollversicherung nicht ersetzen. Wir bieten die Tarife der EWR-Dienstleister als reine Risikoversicherung, die keine deutsche substitutive Krankenvollversicherung ersetzt, an.

## **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 die Pflegepflichtversicherung beantragt wurde, den Antrag ablehnen.

## **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 5 Jahren innerhalb der ersten zwei Jahre nicht gedeckt sind. Es findet ein vollständiger Ausschluss bestehender gesundheitlicher Risiken statt. Nach zwei Jahren ununterbrochener Versicherung kann eine frühere Erkrankung als Neu-Erkrankung abgedeckt werden, wenn in diesen 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.



Lesen Sie dazu bitte auch unbedingt unseren Hinweis „Wer sollte keinen Antrag bei einer Europäischen Krankenversicherung stellen“.

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.

### **Weitere Hinweise**

Bei einer Krankheitskostenabsicherung mit EWR-Dienstleistern müssen gewisse Unterschiede beachtet werden, die es im Vergleich zu deutschen Gesellschaften gibt, was die alltägliche Handhabung betrifft. So sind die Fristen, in denen Rechnungen eingereicht werden können, wesentlich kürzer (in der Regel bis zu 6 Monate nach Behandlungsdatum).

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. 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.

### **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 Versicherung in der Regel nicht sinnvoll ist.

Es wurde eine auf die Europäische Krankenversicherung eingeschränkte Beratung gewünscht. Der Mandant bestätigt den Erhalt der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der Tarifinformationen sowie einem Auszug der Informationsbroschüre der BaFin (Bundesaufsichtsamt für Versicherungen) zum Thema EWR Dienstleister.

Der Mandant bestätigt außerdem nicht krankenversichert zu sein und die oben aufgeführten Informationen / Erläuterungen erhalten und gelesen zu haben.

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

\_\_\_\_\_  
Vor-/ Nachname

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mandant

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel Vermittler