

Jeder der folgenden Abschnitte sollte von Ihnen ausgefüllt werden. Bitte benutzen Sie Druckbuchstaben.
Each of the following parts should be completed by you. Please use BLOCK CAPITALS.

Antragsteller About you

Maximales Aufnahmealter ist 70 Maximum age of entry is 70

Titel: Title:	<input type="text"/>
Vorname(s): Forename(s):	<input type="text"/>
Nachname: Surname:	<input type="text"/>
Aufenthaltsland: ¹ Country of residence: ¹	<input type="text"/>
Wann sind sie dorthin umgezogen? When did you move there?	<input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>
Heimatland: Home country:	<input type="text"/>
Nationalität auf Pass: Nationality on passport:	<input type="text"/>
Geburtsdatum: Date of birth:	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>
Beruf: Occupation:	<input type="text"/>
Wohnanschrift: ² Residential address: ²	<input type="text"/>
Postleitzahl: Postcode:	<input type="text"/>
Telefonnummer: Telephone number (inc. area code):	<input type="text"/>
Mobilfunknummer: Mobile number:	<input type="text"/>
E-mail adresse: Email address:	<input type="text"/>
Versicherungsbeginn: Start date:	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>

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

¹ 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. ¹ Your country of residence will determine the value of Insurance Premium Tax that is added to your premium. Please speak to your adviser or contact us if you are unsure whether your premium will be affected.

² 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. ² 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):² Correspondence Address (if different from above):²

Korrespondenzanschrift:²
Correspondance address:²

Postleitzahl:
Postcode:

Telefonnummer:
Telephone number (inc.area code):

Mobilfunknummer:
Mobile number:

E-mail adresse:
Email address:

Mitversicherte Personen About your family (to be included in the cover)

Vorname(s):
Forename(s):

Nachname:
Surname:

Geburtsdatum:
Date of birth:

Aufenthaltsland:¹
Country of residence:¹

Nationalität auf Pass:
Nationality on passport:

Beziehung zu Ihnen:
Relationship to you:

Beruf:
Occupation:

Vorname(s):
Forename(s):

Nachname:
Surname:

Geburtsdatum:
Date of birth:

Aufenthaltsland:¹
Country of residence:¹

Nationalität auf Pass:
Nationality on passport:

Beziehung zu Ihnen:
Relationship to you:

Beruf:
Occupation:

Vorname(s):
Forename(s):

Nachname:
Surname:

Geburtsdatum:
Date of birth:

Aufenthaltsland:¹
Country of residence:¹

Nationalität auf Pass:
Nationality on passport:

Beziehung zu Ihnen:
Relationship to you:

Beruf:
Occupation:

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

Freedom Platinum

Freedom Gold

Freedom Silver

Freedom Bronze

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.*

Unterschrift:
Signed:

Datum:
Date:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

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 beteiligte medizinische 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 www.freedomhealthinsurance.co.uk/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.co.uk/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.co.uk 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.co.uk.

ERKLÄRUNG* Declaration

Ich/Wir beantrage(n) hiermit, unter der ausgewählten Worldwide Freedom Healthnet 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 Healthnet Ltd bilden.

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

Ich/Wir verstehe(n), dass dieser Antrag von Freedom Healthnet Limited genehmigt werden muss und dass die bereitgestellten medizinischen Informationen dazu führen können, dass ein Ausschluss vereinbart wird oder Freedom Healthnet Limited 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, Informationen an Freedom Healthnet Limited zu erteilen, 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 Healthnet Limited 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 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 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 Policy Document.

I/We understand that this application is subject to acceptance by Freedom Healthnet Limited and the medical information provided may result in Policy endorsement(s) 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 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 treatment for a pre-existing medical or related medical condition by Freedom Healthnet Limited such claim will be rejected.

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)

Unterschrift:
Signed:

Datum:
Date:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Zahlungsinformationen Methods of payment

Euros (€)

GB Pounds (£)

US Dollars (\$)

1. SEPA Lastschrift-Mandat SEPA Direct Debit-Mandate

Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers **DE16ZZZ00001941136** SEPA Creditor Identification number DE16ZZZ00001941136

Ich/Wir ermächtige/n Freedom Healthnet Ltd, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir unser Kreditinstitut an, die von Freedom Healthnet Ltd 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 Healthnet Ltd to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instruction form the creditor Freedom Healthnet Ltd.

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

Mandatsreferenz Versicherungsnummer:
Policy number reference:

Freedom Healthnet Ltd.

Bitte beachten Sie, dass die Referenz 'Stripe Payments Europe Ltd' auf Ihrem Bankkonto erscheinen wird. Please note that the reference 'Stripe Payments Europe Ltd' will appear on your bank statement.

Zahlungsart Payment type

Wiederkehrende zahlungen
Recurrent payments

Einmalige zahlung
One off payment

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 Credit Card

Ermächtigungsformular für Kreditkarte (nur Mastercard und Visa) Credit Card authorisation form (Mastercard and Visa only)

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

Kartentyp: Mastercard Visa
Type of card:

Name auf Kreditkarte:
Name on card:

Kartennummer:
Card number:

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

An Freedom Healthnet Limited To Freedom Health Insurance

Ich autorisiere Sie, die fälligen Beiträge von meiner Mastercard/Visacard abzubuchen, solange ich dies nicht schriftlich widerrufe.
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.

Unterschrift: Datum:
Signed: Date:

3. Überweisung Bank Transfer

Zahlungsfrequenz: Monatlich Vierteljährlich Jährlich
Payment frequency: Monthly Quarterly Annually

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: