

Premium Payment Form

Premium Zahlungsformular

Please complete this form and return it to your agent/insurance broker. It is important that you complete this form fully. Failure to do so may result in the form being returned to you for completion.

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und schicken Sie es an Ihren Agenten/Versicherungsvertreter zurück. Es ist ichtig, dass Sie dieses Formular vollständig ausfüllen. Ist das nicht der Fall, kann das Formular zum vollständigen Ausfüllen an Sie zurückgeschickt werden.

1

Payment method Zahlungsmethode

Please specify how you would like to pay
Bitte geben Sie an, wie Sie gerne zahlen
möchten

Annually by credit/debit card
Jährlich mit Kredit-Debitkarte

Semi annual by credit/debit card
Halbjährlich mit Kredit-/Debitkarte

Quarterly by credit/debit card
Vierteljährlich mit Kredit/Debitkarte

Monthly by credit/debit card
Monatlich mit Kredit/Debitkarte

Annually by bank transfer
- details supplied on request
Jährlich mit Banküberweisung
- Einzelheiten auf Anfrage

Monthly by direct debit
*- only available in the EU on
Euro policies only*
Monatlich mit Lastschrift
*- Nur für die EU-Richtlinien
verfügbar*

Additional surcharges - credit/debit card & SEPA Direct Debits/Zusätzliche Zuschläge - Kredit/Debitkarte & SEPA-Lastschriften

Annual payment Jährliche Zahlung	0%
Semi annual payments Halbjährliche Zahlungen	+4%
Quarterly payments Vierteljährliche Zahlungen	+5%
Monthly payments Monatliche Zahlungen	+8%

For Amex payments add an additional 3.5% to the surcharges above (for USD payments only).

Für Amex-Zahlungen kommen zusätzliche 3,5% zu den oben genannten Zuschlägen hinzu (nur für USD-Zahlungen).

American Express cards can only be used for USD payments and incur a further 3.5% charge:

American Express-Karten können nur für USD-Zahlungen verwendet werden und es fallen weitere 3,5% an:

- i. If paying by credit/debit card please complete attached payment form
Falls Sie mit Kredit-/Debitkarte bezahlen, füllen Sie bitte das beigefügte Zahlungsformular aus

Additional surcharges - bank transfer/ Zusätzliche Zuschläge - Überweisung

Annual bank transfer Jährliche Banküberweisung	£10/€15/\$30
---	--------------

The bank transfer fee does not need to be included as long as the payee selects to pay all charges.

Die Banküberweisungsgebühr muss nicht inbegriffen sein, wennn der Zahlungsempfänger alle Gebühren übernimmt.

2 Credit/debit card details Kredit-/Debitkarten

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

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

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

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

Name on card

Name auf der Karte

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

If other, please specify

Wenn andere, bitte angeben

Card number

Kartenummer

CVC

Issue no

Ausgabenummer

Start date

Anfangsdatum

Expiry date

Enddatum

Payment frequency

Zahlungshäufigkeit

Card billing address - *if different from residential address*

Kartenrechnungsadresse - *wenn anders als Wohnadresse*

Post/Zip code

Postleitzahl

Signature of card holder

Unterschrift des Kartenhalters

Date

Datum

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

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

Agent stamp/ Stempel des Agenten

Haftungsausschluss

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