Evolution Health Plan (EU) Deutschland

Moratorium

morganprice europe

Antragsformular

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

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

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

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

Bitte erklären Sie Ihr Einverständnis dazu, dass die Kommunikation mit dem Versicherer in Bezug auf dieses Antragsformular und sämtliche darauf folgenden Mitteilungen in englischer Sprache erfolgt: Ich bin einverstanden ☐ Ich bin nicht einverstanden ☐

1 Ihre personenbezogenen Daten

Anrede | Vorname(n) | Nach-/Familienname

Geburtsdatum | Geschlecht | Größe | Gewicht

Adresse im Ausland | Postleitzahl

Telefon | Mobil | E-Mail

Privatadresse | Postleitzahl

Beruf | Nationalität

Heimatland *(für das Sie einen Reisepass besitzen)*

Land, für das Sie diesen Versicherungsschutz benötigen (in dem Sie sich die meiste Zeit aufhalten werden)

Wie lange leben Sie schon im Land Ihres Wohnsitzes (Jahre/Monate)?

2 Benötigter Versicherungsschutz

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

Wählen Sie die Region für Ihren Versicherungsschutz	Europa ◉	Weltweit außer USA, China, Singapur und Hongkong ○	Weltweit außer USA ○	Weltweit ○

Wählen Sie den Versicherungstarif	Standard ○	Standard Plus ○	Comprehensive ○
	Premium ○	Elite ○	

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

2 Benötigter Versicherungsschutz — Fortsetzung

Sie können zusätzlich einen prozentualen Selbstbehalt wählen, der nur bei Ansprüchen für ambulante Behandlungen zum Tragen kommt. Dies ist ein für alle Ansprüche aus ambulanten Behandlungen, den Sie selber tragen müssen. **N.B. Diese Option trifft beim Standard-Tarif nicht zu, da dieser Tarif ambulante Behandlungen nicht abdeckt.**

Kein prozentualer prozentbetrag selbstbehalt ◯

10 % prozentualer Selbstbehalt 20 % prozentualer Selbstbehalt ◯

Evakuierungsmodul für das Heimatland (120 Erwachsene/75 Kinder) ☐

Haben Sie oder eine andere in dieser Police genannte Person in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak oder Nikotin konsumiert? Falls ja, geben Sie bitte die Anzahl der benötigten Produkte auf einem separaten Blatt an. Ja ◯ Nein ◯

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

US Dollar $ ◯ Sterling £ ◯ Euro € ◯

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

Falls ja, bei welcher Versicherung?

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

- Reisepasskopie

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

3 Eingeschlossene Angehörige

	Vollständiger Name der Angehörigen	Beziehung zum Antragsteller	Geburtsdatum	Nationalität	Geschlecht	Größe	Gewicht	Beruf
Ehepartner								
Angeh. 1								
Angeh. 2								
Angeh. 3								

Bitte geben Sie den Namen und die Adresse Ihres Hausarztes an. Wenn Sie keinen Hausarzt haben, geben Sie bitte den letzten Arzt an, bei dem Sie waren, und das ungefähre Datum des Besuchs. Wenn jeder Antragsteller einen anderen Arzt hat, geben Sie bitte jeweils alle Informationen an und welcher Arzt für welchen Antragsteller zuständig ist.

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

4 Moratorium

Für diese Police gilt ein Moratorium (Wartezeit) von zwei Jahren. Moratorium ohne Risikoprüfung bedeutet, dass Sie und alle anspruchsberechtigten Angehörigen nicht für Vorerkrankungen versichert sind, die in den fünf Jahren vor Ihrem Versicherungsbeginn bestanden haben.

Nach zwei Jahren mit unterbrechungsfreiem Versicherungsschutz können Vorerkrankungen in den Versicherungsumfang einbezogen werden (es sei denn, die Krankheit ist in der Police ausdrücklich ausgeschlossen), wenn Sie bzw. Ihre Angehörigen in den zwei Jahren:

- keine Symptome hatten;
- keinen medizinischen Praktiker zur Untersuchung/Überwachung einer Erkrankung aufgesucht haben oder keine Nachuntersuchungen stattgefunden haben oder sie nicht medizinisch behandelt oder beraten wurden;
- keine Medikamente verschrieben bekommen oder eingenommen haben, einschließlich freiverkäufliche Medikamente, besondere Ernährung, Injektionen oder Physiotherapie;
- und, Sie sich nachvollziehbarerweise nicht im Klaren darüber waren, dass Sie diese Erkrankung hatten.

Sie müssen nicht erkannt haben, dass es sich um eine Erkrankung handelt, damit diese als eine Vorerkrankung gilt. Es ist jedoch sehr wahrscheinlich, dass schwere Erkrankungen, die sich in den ersten sechs Monaten eines Versicherungsvertrags manifestieren, bereits vor dem Beginn der Versicherung bestanden haben müssen und daher als Vorerkrankung angesehen werden. Diese Police deckt keine Vorerkrankungen ab.

5 Zahlungsmethode

Bitte geben Sie an, wie Sie bezahlen möchten

- Jährlich per Kredit-/Debitkarte ◯
- Halbjährlich per Kredit-/Debitkarte ◯
- Vierteljährlich per Kredit-/Debitkarte ◯
- Monatlich per Kredit-/Debitkarte ◯
- Jährlich per Banküberweisung *– Einzelheiten auf Anfrage* ◯
- Monatlich per Lastschrift *– nur in der EU bei Euro-Policen möglich* ◯

Gebühren – Kredit-/Debitkarte und SEPA-Lastschriften

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

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

Gebühren – Banküberweisung

Jährliche Banküberweisung £10/€15/$30

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

6 Erklärung

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

a. Ich/wir habe(n) ein Exemplar der EVOLUTION-HEALTH-POLICE (Deutschland – 2023) und des Versicherungsprodukt-Informationsblattes (IPID) erhalten und gelesen, und ich/wir verstehe(n) sie als Teil des Versicherungsvertrags. Insbesondere habe(n) ich/wir die Definitionen, Leistungen und Ausschlüsse der Police gelesen, verstanden und akzeptiert.
b. Ich/wir habe(n) Abschnitt 7 dieses Antragsformulars zum Datenschutz gelesen, verstanden und akzeptiert.
c. Ich/wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass mein/unser Versicherungsmakler zum Zweck der Übermittlung sensibler Daten in meinem Namen handelt.
d. Ich/wir erkläre(n) nach bestem Wissen und Gewissen, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben wahrheitsgemäß sind und dass ich/wir alle in diesem Antragsformular gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe(n). Ich/wir verstehe(n) auch, dass ich/wir den Versicherer sofort informieren muss/müssen, wenn sich etwas an den von mir/uns gegenüber dem Versicherer gemachten Angaben ändert. Mir/uns ist bekannt, dass das Verschweigen oder die falsche Darstellung von Tatsachen den Versicherer ggf. dazu berechtigt, die Versicherung für nichtig zu erklären. Dieses Antragsformular und die darin gemachten Angaben enthalten Informationen, die dem Versicherer bei der Entscheidung über die Aufnahme in diese Versicherung und bei der Bestimmung der Aufnahmebedingungen als Grundlage dienen.
e. Mir/uns ist bewusst, dass mich/uns die Unterzeichnung dieses Antragsformulars nicht dazu verpflichtet, diese Versicherung abzuschließen, oder den Versicherer verpflichtet, diese Versicherung zu genehmigen.
f. Wenn ich/wir mich/uns für Teilzahlungen unseres Beitrags per Kredit- oder Debitkarte entschieden habe(n) und Morgan Price dem zugestimmt hat, ermächtige(n) ich/wir Morgan Price, diese Teilzahlungen jeweils bei Fälligkeit abzubuchen, es sei denn, ich/wir widerrufe(n) diese Ermächtigung zur Kredit-/Debitkartenabbuchung mit einer Frist von mindestens 14 Tagen schriftlich. Mir/uns ist bekannt, dass im Schadensfall keine Rückerstattung erfolgt und ich/wir alle ausstehenden Beiträge für die laufende Versicherungsperiode bezahlen muss/müssen.
g. Ich/wir bin/sind bevollmächtigt, dieses Antragsformular im Namen aller meiner/unserer Angehörigen zu unterzeichnen, die in Abschnitt 3 dieses Antragsformulars angegeben sind.
h. Ich/wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass die Kommunikation mit dem Versicherer in Bezug auf dieses Antragsformular und alle nachfolgenden Mitteilungen in englischer Sprache erfolgt.

Unterschrift des Hauptantragstellers ✗ Datum

7 Datenschutz und Geheimhaltungspflicht

Datenschutz

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

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

Geheimhaltungspflicht für Luxemburg

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Rücktritt vom Vertrag und Erlöschen des Versicherungsschutzes

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

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

2. Kündigung

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

3. Vertragsänderung/-anpassung

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

4. Ausübung von Rechten durch den Versicherer

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

5. Vertretung durch eine andere Person

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