

Application form

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. All proposals are reviewed prior to acceptance and therefore no cover shall be granted until confirmation is provided.

Antragsformular

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und schicken Sie es an Ihren Agenten/Versicherungsvertreter zurück. Es ist wichtig, dass Sie dieses Formular vollständig ausfüllen. Ist das nicht der Fall, kann das Formular zum vollständigen Ausfüllen an Sie zurückgeschickt werden. Alle Anträge werden vor der Annahme geprüft und deshalb besteht kein Versicherungsschutz bis eine Bestätigung der Annahme vorliegt.

1 Your personal details Persönliche Daten

Title Anrede	Forename(s) Vorname(n)	Surname/Family Name Nachname/Familiennamen		
Date of birth Geburtsdatum	Gender Geschlecht	Height Größe	Weight Gewicht	
Overseas address Adresse im Ausland			Post/Zip code Postleitzahl	
Phone Telefon	Mob Händynummer	Email		
Home address Heimatadresse			Post/Zip code Postleitzahl	
Occupation Beruf	Nationality Staatsangehörigkeit			
Home country (for which you have a passport) Heimatland (für das Sie einen Reisepass besitzen)				
Country for which this cover is required (where you will be spending most of your time)? Land, für das Deckung gewünscht wird (in dem Sie sich überwiegend aufhalten)?				
How long have you been resident in your country of residence (years/months)? Wie lange sind Sie schon in Ihrem Wohnsitzland ansässig (Jahre/Monate)?				

2 Cover required Erforderlicher Versicherungsschutz

Date upon which annual cover to commence, or the date on which your proposal is accepted by insurers, whichever is the later
Datum, an dem der jährliche Versicherungsschutz beginnen sollte, oder das Datum an dem der Antrag von der Versicherung akzeptiert wird. Es gilt das spätere Datum

Choose your area of cover Versicherungsgebiet	Europe Europa	Worldwide excluding USA, China, Singapore & Hong Kong Weltweit ohne USA, China, Singapur and Hong Kong	Worldwide excluding USA Weltweit ohne USA	Worldwide Weltweit
Choose your level of cover Wählen Sie den Versicherungsgrad Ihres Versicherungsschutzes aus	Standard Premium	Standard Plus Elite	Comprehensive	

2

Cover required — continued Erforderlicher Versicherungsschutz — fortgesetzt

Please select the annual excess you wish to apply to your policy Bitte wählen Sie den jährlichen Selbstkostenbeitrag aus, der für Ihre Police gelten soll.	Nil	100	250	500	1000
	2500	5000	7500	10000	

In addition you may select a co-insurance applicable to out-patient claims only. In effect this is a percentage of each out-patient claim for which you are responsible.

10% co-insurance
10% Ko-versicherung

Zusätzlich können Sie einen Selbstbehalt beantragen. Im Versicherungsfall tragen Sie dann für ambulanten Leistungen eine gewissen Prozentsatz je Schadenfall selbst.

20% co-insurance
20% Ko-versicherung

N.B. This option is not applicable to the Standard level of cover as there are no out-patient benefits on Standard.

Anm. Diese Option ist nicht zutreffend für den 'Standard-Versicherungsumfang', da es keine Leistungen bei ambulanter Behandlung für 'Standard' gibt.

Please specify the currency in which you wish to pay premiums and receive benefits Bitte wählen Sie die Währung aus in der Sie Ihre Beiträge bezahlen möchten und in der Sie Ihre Versicherungsleistungen erhalten möchten.	US Dollar \$ US Dollar \$	Sterling £ Pfund £	Euro € Euro €
--	------------------------------	-----------------------	------------------

Do you or any of the persons to be included in this proposal, have existing health insurance?
Haben Sie oder die anderen Personen, die bei diesem Antrag miteinbezogen werden sollen, bereits eine gültige Krankenversicherung?

Yes
Ja

No
Nein

If yes, which provider?
Wenn Ja, mit welchem Anbieter?

Have you or any of the people to be included in the proposal, ever been refused cover by an insurance company or been accepted on special terms? (If yes provide details on a separate sheet)
Wurde Ihnen oder einer anderen im Antrag genannten Person je Versicherungsschutz durch ein Versicherungsunternehmen verweigert oder unter besonderen Bedingungen angenommen? (Wenn ja, schreiben Sie bitte die Einzelheiten auf einem separaten Blatt auf.)

Yes
Ja

No
Nein

Do you or any of the persons to be included in this insurance take part in **any sport** or physical pastime ?
(For the avoidance of doubt, this would include amongst other things **but not limited** to climbing, horse riding, cycling, mountain biking, contact sports etc either as an amateur or professional).

Yes
Ja

No
Nein

Nehmen Sie oder eine der Personen, die in diese Versicherung einbezogen werden sollen, **an Sport** oder körperlicher Betätigung teil?

(Zur Vermeidung von Zweifeln würde dies unter anderem Klettern, Reiten, Radfahren, Mountainbiken, Kontaktsportarten usw. entweder als Amateur oder Profi umfassen).

If you are in any doubt then you should disclose your sport or physical pastime.

Wenn Sie Zweifel haben, sollten Sie Ihren Sport oder Ihre körperliche Betätigung offenlegen.

3

Additional modules Zusätzliche Module

Home country evacuation module
(120 adult/75 child)

Modul Evakuierung ins Heimatland
(120 Erwachsener/75 Kind)

4 Dependants to be included
Angehörige, die mit einbezogen werden sollen

Full name of dependants Vollständiger Name des Angehörigen	Relationship to proposer Beziehung zum Antragsteller	D.O.B Geburtsdatum	Nationality Nationalität	Gender Geschlecht	Height Größe	Weight Gewicht	Occupation Beruf
---	---	-----------------------	-----------------------------	----------------------	-----------------	-------------------	---------------------

Please provide us with the name and address of your regular personal or family doctor/physician. If you do not have a regular doctor, please give the last doctor you visited and approximate date. - If there is a different doctor for each applicant, please provide all details and indicate which physician applies to each applicant.

N.B Failure to complete this part will cause a delay in the application and any claims being processed.
 Bitte teilen Sie uns den Namen und die Anschrift Ihres Leib- oder Hausarztes mit. Wenn Sie keinen solchen Arzt haben, geben Sie den Arzt an, den Sie zuletzt besuchten, sowie das ungefähre Datum. - Falls jeder der Antragsteller einen anderen Arzt hat, teilen Sie uns dies bitte mit zusammen mit der Angabe, welcher Arzt für welchen Antragsteller zuständig ist.
N.B. Wenn Sie diesen Teil nicht abschließen, kommt es zu einer Verzögerung der Anmeldung und der Bearbeitung von Ansprüchen.

5 Moratorium

This policy has a two year moratorium. This means that pre-existing conditions will not be covered during the first two years of the policy. After this a pre-existing condition may be covered if a period of two consecutive years has elapsed since any symptoms, treatment, medication, tests or advice was received for that condition.

Dieser Police hat ein zweijähriges Moratorium. Dies bedeutet, dass während der ersten zwei Jahre der Versicherung kein Versicherungsschutz für Vorerkrankungen besteht. Danach kann für eine Vorerkrankung Deckung bestehen, wenn innerhalb eines Zeitraums von zwei aufeinanderfolgenden Jahren keine Symptome aufgetreten sind und Behandlungen, Medikamente, Untersuchungen oder Beratung für diese Erkrankung nicht notwendig waren.

You do not have to have identified the condition for it to be pre-existing. However, it is highly likely that major conditions manifesting themselves in the first 6 months of a policy must have pre-dated the start date and so will be deemed pre-existing. This policy does not cover pre-existing conditions.

Sie müssen die Erkrankung nicht erkannt haben, damit sie bestehend ist. Es ist jedoch sehr wahrscheinlich, dass schwerere Erkrankungen, die sich in den ersten 6 Monaten eines Versicherungsschutzes manifestieren, bereits vor Versicherungsbeginn vorlagen. Daher gelten sie als bestehende Erkrankungen. Diese Police bietet keinen Versicherungsschutz für vorbestehende Bedingungen.

6 Data Protection & General Data Protection Regulations Datenschutz & Allgemeine Datenschutzbestimmungen

This paragraph sets out how we process your data and your rights under the new laws, although you should refer to the Morgan Price (Europe) ApS (Europe) ApS Privacy Notice at www.morgan-price.eu/privacy-policy for further details.

In diesem Absatz wird erläutert, wie wir Ihre Daten verarbeiten und welches Ihre Rechte gemäß den neuen Gesetzen sind. Für weitere Informationen sollten Sie jedoch die Datenschutz-Bestimmungen von Morgan Price (Europe) ApS unter www.morgan-price.eu/privacy-policy beachten.

Morgan Price (Europe) ApS (Europe) ApS together with its insurance partners are the joint controller and processor of your personal data (the insurance partner of your policy will be advised to you when you purchase the cover). We will collect your personal data including but not limited to special categories of Personal Data about you (this includes details about your sex, ethnicity, age, and information about your health and medical conditions). We respect your privacy and we are committed to protecting your personal data.

Die Morgan Price (Europe) ApS (Europe) ApS zusammen mit ihren Versicherungspartnern sind gemeinsam Verantwortliche und Auftragsverarbeiter Ihrer personenbezogenen Daten (der Versicherungspartner Ihrer Police wird Ihnen mitgeteilt beim Erwerb Ihres Versicherungsschutzes). Wir werden Ihre personenbezogenen Daten sammeln einschließlich aber nicht beschränkt auf besondere Arten personenbezogener Daten über Sie (hierzu zählen Angaben zum Geschlecht, ethnische Herkunft, Alter und Informationen über Ihre Gesundheit und Ihre Erkrankungen). Wir respektieren Ihre Privatsphäre und verpflichten uns zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten.

This notice aims to give you information on how we collect and process your personal data when using our insurance services, including any data you may provide when you purchase our insurance products or services. Personal data, or personal information, means any information about an individual from which that person can be identified. It does not include data where the identity has been removed (anonymous data). Where we need to collect personal data by law, or under the terms of an (insurance) contract we have with you and you fail to provide that data when requested, we may not be able to perform the contract we have or are trying to enter into with you or provide the insurance services to you (for example, to provide you with medical claims insurance services). In this case, we may have to cancel the insurance product or insurance service you have with us but we will notify you if this is the case at the time. We will only use your personal data when the law allows us to. Most commonly, we will use your personal data in the following circumstances:

- Where we need to perform the insurance contract we are about to enter into or have entered into with you;
- Where we need to assess any medical conditions, claims and health data to perform our obligations under the insurance contract;
- Where it is necessary for our legitimate interests (or those of a third party) and your interests and fundamental rights do not override those interests;
- Where we need to comply with a legal or regulatory obligation.

Diese Erklärung dient dazu, Sie darüber zu informieren, wie wir Ihre personenbezogenen Daten sammeln und verarbeiten, wenn Sie unsere Versicherungsdienstleistungen nutzen, einschließlich jeglicher Daten, die Sie zur Verfügung stellen, wenn Sie unsere Versicherungsprodukte und -leistungen erwerben. Personenbezogene Daten oder personenbezogene Informationen sind jegliche Angaben über eine natürliche Person, die eine Identifizierung dieser Person ermöglicht. Nicht enthalten sind Daten, bei denen die Identität entfernt wurde (anonyme Daten). Wenn wir gesetzlich oder durch die Bestimmungen des Versicherungsvertrages, den wir mit Ihnen haben, dazu verpflichtet sind, personenbezogenen Daten zu sammeln, und Sie die Daten auf Verlangen nicht vorlegen, werden wir möglicherweise nicht imstande sein, den Vertrag, den wir haben oder versuchen, mit Ihnen abzuschließen, zu erfüllen oder Ihnen Versicherungsleistungen anzubieten (beispielsweise den Schadenservice für Krankenversicherungen). In diesem Fall werden wir möglicherweise, den Vertrag oder Versicherungsservice, den Sie mit uns haben, kündigen müssen. Sollte dies der Fall sein, werden wir Sie zu diesem Zeitpunkt darüber in Kenntnis setzen. Wir verwenden Ihre personenbezogenen Daten nur nutzen, wenn das Gesetz uns dies erlaubt. Am

häufigsten werden wir Ihre personenbezogenen Daten unter folgenden Umständen verwenden:

- Wenn wir den Versicherungsvertrag, den wir gerade mit Ihnen abschließen oder abgeschlossen haben, erfüllen müssen;
- Wenn wir zur Erfüllung unserer, sich aus dem Versicherungsvertrag ergebender, Verpflichtungen Erkrankungen, Ansprüche und Gesundheitsdaten beurteilen müssen;
- Wenn es für die Wahrung unserer berechtigten Interessen (oder der Interessen eines Dritten) notwendig ist und Ihre Interessen und Grundrechte diese Interessen nicht überwiegen;
- Wenn wir eine rechtliche oder regulatorische Verpflichtung erfüllen müssen.

We will only use your personal data for the purposes of providing insurance products and services unless otherwise indicated to you. We may have to share your personal data with our insurance partners, which may include reinsurers, insurance intermediaries, third party medical claims administrators and other related parties to satisfy our contractual and legal obligations under the insurance contract (policy terms).

Many of our external third parties are based outside the European Economic Area (EEA) so their processing of your personal data will involve a transfer of data outside the EEA. Whenever we transfer your personal data out of the EEA, we ensure a similar degree of protection is afforded to it by ensuring that we use specific contracts approved by the European Commission. We have put in place appropriate security measures to prevent your personal data from being accidentally lost, used or accessed in an unauthorised way, altered or disclosed. In addition, we limit access to your personal data to those employees, agents, contractors and other third parties who have a business need to know. They will only process your personal data on our instructions and they are subject to a duty of confidentiality.

We will only retain your personal data for as long as necessary to fulfil the purposes we collected it for, including for the purposes of satisfying any legal, accounting, or reporting requirements.

Under certain circumstances, you have rights under data protection laws in relation to your personal data. More details of these rights can be found within our Privacy Notice and at [www.morgan-price.eu/privacy-policy]. These rights include: Request access to your personal data; Request correction of your personal data; Request erasure of your personal data; Object to processing of your personal data; Request restriction of processing your personal data; Request transfer of your personal data and Right to withdraw consent.

Wir verwenden Ihre personenbezogenen Daten nur für die Bereitstellung von Versicherungsprodukten und -leistungen nutzen, sofern es Ihnen gegenüber nicht anders angegeben wurde. Es könnte für uns erforderlich sein, Ihre personenbezogenen Daten mit unseren Versicherungspartnern, zu denen Rückversicherer, Versicherungsvermittler, Drittverwalter medizinischer Ansprüche und andere verbundene Parteien gehören, zu teilen, um unsere vertraglichen und gesetzlichen Pflichten aus dem Versicherungsvertrag (den Versicherungsbedingungen) zu erfüllen.

Viele unserer außenstehender Dritte sind außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) ansässig, so dass deren Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten eine Datenübertragung in Länder außerhalb des EWR umfassen wird. Wann immer wir Ihre personenbezogenen Daten aus dem EWR in Drittländer übermitteln, gewährleisten wir dabei ein vergleichbares Schutzniveau, indem sichergestellt wird, dass wir spezifische, von der Europäischen Kommission genehmigte, Verträge nutzen. Wir haben geeignete Sicherheitsmaßnahmen ergriffen, um versehentlichen Verlust, unberechtigte Nutzung, unbefugten Zugriff sowie Veränderung und Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten zu verhindern. Darüber hinaus begrenzen wir den Zugriff auf Ihre personenbezogenen Daten auf die Mitarbeiter, Vertreter, Auftragnehmer und andere Dritte, die von diesem Kenntnis haben müssen. Sie werden Ihre personenbezogenen Daten nur auf unsere Weisung verarbeiten und sie unterliegen der Schweigepflicht.

Wir werden Ihre personenbezogenen Daten nur solange speichern, wie es notwendig ist, um die Zwecke zu erfüllen, aus denen wir sie gesammelt haben, auch um allen Rechts-, Rechnungslegungs- und Berichterstattungsanforderungen zu entsprechen.

Unter bestimmten Umständen besitzen Sie gemäß den datenschutzrechtlichen Regelungen Rechte in Bezug auf Ihre personenbezogenen Daten. Weitere Einzelheiten zu Ihren Rechten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung und auf [www.morgan-price.eu/privacy-policy/]. Diese Rechte umfassen: auf Verlangen Zugang zu Ihrer personenbezogenen Daten; auf Verlangen Berichtigung Ihrer personenbezogenen Daten; auf Verlangen Löschung Ihrer personenbezogenen Daten; Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten; auf Verlangen Beschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten; auf Verlangen Übertragung Ihrer personenbezogenen Daten und das Recht, Ihre Einwilligung zu widerrufen.

Declaration / Erklärung

- I/We have read the policy wording and I/We understand it to be part of the contract of insurance. In particular I/We have read, understand, and accept the definitions, benefits and exclusions of the policy.
Ich/wir habe/n die Versicherungsbedingungen durchgelesen und ich/wir verstehe/n, dass sie ein Teil des Versicherungsvertrages sind. Insbesondere habe/n ich wir die Definitionen, Leistungen und Ausschlüsse der Police gelesen, verstanden und akzeptiert.
- I/We have read, understand and accept sections 5 and 6 of this proposal.
Ich/wir habe/n Abschnitt 5 dieses Antrags gelesen, verstanden und akzeptiert.
- To the best of my/our knowledge and belief the information given in connection with this proposal, whether in my hand or not, is true and I/we have answered all questions about this policy honestly and fully. I/We also understand that I/we must tell the insurer straight away if anything that I/we have already told the insurer changes. I/We understand that non-disclosure or misrepresentation of any facts may entitle the insurer to void the insurance. This proposal and the information provided contains statements upon which the insurers will rely in

deciding whether to accept this insurance and in determining the terms and conditions of such acceptance.

Die im Zusammenhang mit diesem Antrag gemachten Angaben, egal ob von mir angegeben oder nicht, sind nach bestem Wissen und Gewissen wahr und ich/wir habe/n alle Fragen hinsichtlich der Versicherung ehrlich und vollständig beantwortet. Ich/wir verstehe/n auch, dass ich/wir den Versicherer sofort benachrichtigen muß/ müssen, falls sich etwas, was ich/wir dem Versicherer bereits mitgeteilt habe/n, ändert. Ich/wir verstehe/n, dass das Verschweigen und die falsche Darstellung von Fakten kann den Versicherer dazu berechtigen, vom Vertrag zurückzutreten. Dieser Antrag und die gemachten Angaben beinhalten Aussagen, auf die sich die Versicherer bei der Entscheidung, ob sie die Versicherung annehmen und zu welchen Bedingungen die Annahme erfolgt, verlassen werden.

- d. I/We understand that the signing of this proposal does not bind me/us to complete, or insurers to accept this insurance.
 Ich/wir verstehe/n, dass das Unterschreiben dieses Antrags mich/uns nicht dazu verpflichtet, die Versicherung abzuschließen, oder den Versicherer, diese anzunehmen.
- e. If I/We have elected to pay our premium by instalments using credit or debit cards and Morgan Price (Europe) ApS have agreed to this, I/we authorise Morgan Price (Europe) ApS to continue to deduct such instalments as and when they become due unless I/we cancel this credit/debit card authorisation by giving at least 14 days notice in writing. I/we understand that if I/we have made a claim, no refund will be due and I/we will have to pay any outstanding instalments due in the current period of cover.
 Wenn ich / wir beschlossen haben, meine / unsere Beiträge in Raten mit einer Debit- oder Kreditkarte und Morgan Price (Europe) ApS zu bezahlen, widerrufen wir diese Autorisierung der Debit- oder Kreditkarte schriftlich mit einer Kündigungsfrist von mindestens 14 Tagen. Ich/wir verstehe/n, dass bei Geltendmachung eines Anspruch eine Rückerstattung nicht erfolgt und dass ich/wir alle noch ausstehenden Raten, die im laufenden Versicherungszeitraum fällig sind, bezahlen muß/ müssen.
- f. I/We confirm that I/we understand any claims submitted in the first six months of this policy that are not accident and emergency will be evaluated as pre-existing conditions and may not be covered under the benefits of this plan.
 Ich/wir bestätige, dass ich / wir verstehe, dass jegliche in den ersten sechs Monaten dieser Versicherungspolice eingereichten Ansprüche, bei denen es sich weder um einen Unfall noch einen Notfall handelt, als bestehende Erkrankungen bewertet werden und möglicherweise nicht durch die Leistungen dieses Plans gedeckt sind.

Signature of primary applicant
 Unterschrift des Hauptantragsstellers

Date
 Datum

7

**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*

Service fees - credit/debit card & SEPA Direct Debits / Servicegebühren

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

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

Service fees - bank transfer / Servicegebühren - Banküberweisung

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

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.

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 Überwsetzung 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.