

### Morgan Price (Europe) ApS Health Declaration Certificate Gesundheitserklärungszertifikat

1. Ich, \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_, bestätige hiermit nach bestem Wissen und Gewissen, dass die folgenden Informationen vollständig, wahrheitsgemäß und richtig sind. Ich bestätige, dass ich im Auftrag aller Mitglieder meiner Versicherungspolice, Nummer, \_\_\_\_\_, unterschreibe.

Mir ist klar, dass Ansprüche abgewiesen werden können, wenn es sich zum Zeitpunkt der Forderung herausstellt, dass ich/wir Informationen nicht vollständig angegeben haben oder wenn eine medizinische Erkrankung seit dem Erneuerungsdatum meiner alten Police aufgetreten ist.

Diese Erklärung gilt als Teil des Vertrags mit Morgan Price.

2. Ich bestätige hiermit dass seit: \_\_\_\_\_ weder ich noch einer meiner versicherten Abhängigen derzeit oder in der Vergangenheit unter Erkrankungen wie den folgenden, aber nicht nur auf diese beschränkt, leiden oder gelitten haben:

- Jeglicher Art von Krebs
- Organversagen
- Jeglicher Art von Organ/Gewebetransplantation
- HIV oder andere Syndrome zugehörig zum Immunsystem
- Syndrome zugehörig zum haematopoetischen (blutbildenden) System
- Gerinnungsstörungen (Blutungsstörungen)
- Multiple Sklerose
- Mukoviszidose
- Insulinabhängige Diabetes
- Chronische Hepatitis
- Wachstumshormonmangel
- Unfruchtbarkeit

ODER:

- **Jede andere wesentliche Erkrankung, für die unter dieser Police Anspruch erhoben werden könnte.**

A material condition is Eine wesentliche Erkrankung, ist eine Erkrankung, für die ein Arztbesuch erforderlich ist, eine Konsultation, Tests oder Untersuchungen, medizinische Behandlung jeglicher Art oder die Einnahme von Medikamenten, verschrieben oder nicht, ein Zeitraum eines Krankenhausaufenthalts, wiederkehrende oder kontinuierliche medizinische Hilfe.

**Wenn Sie Zweifel haben, ob eine Erkrankung wesentlich ist oder nicht, dann sollten Sie sie angeben.**

3. Wenn irgendwelche dieser Erkrankungen oder Umstände auf Sie oder ihre Angehörige zutreffen, dann fügen Sie bitte die medizinischen Informationen bei, weil diese einer medizinischen Risikoprüfung unterliegen, und wir erneut ein Moratorium für Ihre Police einberufen können.
4. Sollten Sie unsicher sein wegen ihrer eigener Erkrankung oder der eines Angehörigen, dann nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf.

Unterschrift des Versicherten im Namen aller Mitglieder \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

## 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.