

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:
 Vorname(s):
 Forename(s):
 Nachname:
 Surname:
 Aufenthaltsland:¹
 Country of residence:¹
 Wann sind sie dorthin umgezogen?
 When did you move there?
 Heimatland:
 Home country:
 Nationalität auf Pass:
 Nationality on passport:
 Geburtsdatum:
 Date of birth:
 Beruf:
 Occupation:
 Gesundheit und Lebensstil:
 Health and lifestyle: Größe: cm Gewicht: kg Raucher:² Nein Ja
 Height: cm Weight: kg Smoker: ² No Yes
 Wohnanschrift:³
 Residential address:³
 Postleitzahl:
 Postcode:
 Telefonnummer:
 Telephone number (inc. area code):
 Mobilfunknummer:
 Mobile number:
 E-mail adresse:
 Email address:
 Versicherungsbeginn:
 Start date:

(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 Ein Raucher ist jemand, der die Frage „Haben Sie in den letzten 12 Monaten Tabak oder Nikotinersatzprodukte konsumiert oder geraucht?“ mit „Ja“ beantworten würde? ³ A smoker is someone who would answer “Yes” to the question, “Have you used or smoked tobacco or nicotine replacement products in the past 12 months?”

³ 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):³ Correspondence Address (if different from above):³

Korrespondenzanschrift:³
Correspondance address:³

Postleitzahl:
Postcode:

Telefonnummer:
Telephone number (inc.area code):

Mobilfunknummer:
Mobile number:

E-mail adresse:
Email address:

Mitversicherte Personen About your family

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:

Gesundheit und Lebensstil:
Health and lifestyle:

Größe: cm
Height: cm

Gewicht: kg
Weight: kg

Raucher:² Nein Ja
Smoker: 2 No Yes

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:

Gesundheit und Lebensstil:
Health and lifestyle:

Größe: cm
Height: cm

Gewicht: kg
Weight: kg

Raucher:² Nein Ja
Smoker: 2 No Yes

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:

Gesundheit und Lebensstil:
Health and lifestyle: Größe: cm Gewicht: kg Raucher:² Nein Ja
Height: cm Weight: kg Smoker: ² No Yes

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:

Gesundheit und Lebensstil:
Health and lifestyle: Größe: cm Gewicht: kg Raucher:² Nein Ja
Height: cm Weight: kg Smoker: ² No Yes

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:

Gesundheit und Lebensstil:
Health and lifestyle: Größe: cm Gewicht: kg Raucher:² Nein Ja
Height: cm Weight: kg Smoker: ² No Yes

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 (2,000,000 overall limit)

Freedom Gold (1,000,000 overall limit)

Freedom Platinum (1,500,000 overall limit)

Freedom Silver (750,000 overall limit)

Freedom Bronze (500,000 overall limit)

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:

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 beteiligten medizinischen 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 freedomhealthinsurance.eu/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.eu/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.eu 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.eu.*

Zahlungsinformationen Methods of payment

Sepa-Lastschrift SEPA Direct Debit Kredit-/Debitkarte Credit/Debit card Banküberweisung Bank Transfer

Zahlungsfrequenz: Monatlich Vierteljährlich Jährlich
Payment frequency: Monthly Quarterly Annually

Wenn Sie Sepa-Lastschrift ausgewählt haben, gehen Sie bitte zu Abschnitt 1.
If you have selected SEPA Direct Debit, please go to section 1.

Wenn Sie eine Kredit-/Debitkarte ausgewählt haben, gehen Sie bitte zu Abschnitt 2.
If you have selected a Credit/Debit card, please go to section 2.

Wenn Sie Banküberweisung ausgewählt haben, gehen Sie bitte zu Abschnitt 3.
If you have selected bank transfer, please go to section 3.

1. SEPA Lastschrift-Mandat SEPA Direct Debit-Mandate

Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers DE16ZZZ00001941136 SEPA Creditor Identification number DE16ZZZ00001941136

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

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

Freedom Health GmbH.

Bitte beachten Sie, dass die Referenz "Freedom Health GmbH by Stripe via PPRO" auf Ihrem Bankkonto erscheinen wird.
Please note that the reference "Freedom Health GmbH by Stripe via PPRO" will appear on your bank statement.

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 Debit and Credit Card

Wenn Sie sich für die Zahlung per Karte entscheiden, beachten Sie bitte, dass wir für die Abwicklung von Kartenzahlungen Stripe verwenden, einen sicheren Zahlungsdienstleister.

Erste Zahlung: Sobald Sie die Kartenzahlungsoption ausgewählt haben, senden wir Ihnen über Stripe einen Zahlungslink per E-Mail. Über diesen Link können Sie Ihre erste Zahlung sicher online tätigen.

Autorisierung für zukünftige Zahlungen: Indem Sie Ihre Kartendaten über den Stripe-Zahlungslink eingeben und Ihre erste Zahlung leisten, ermächtigen Sie Freedom Health GmbH, zukünftige Prämienzahlungen automatisch am Fälligkeitsdatum für jeden Prämienzeitraum von dieser Karte einzuziehen. Dadurch wird sichergestellt, dass Ihre Police aktiv bleibt und Zahlungen bequem eingezogen werden, ohne dass zusätzliche Maßnahmen Ihrerseits erforderlich sind.

If you choose to pay by card, please note that we use **Stripe**, a secure payment merchant, to process card payments.

First Payment: Upon selecting the card payment option, we will send you a payment link via email through Stripe. This link will allow you to securely make your first payment online.

Authorisation for Future Payments: By entering your card details through the Stripe payment link and making your first payment, you authorise **Freedom Health GmbH** to automatically collect future premium payments from this card on the due date for each premium period. This ensures your policy remains active and payments are collected conveniently without the need for additional actions on your part.

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. [Please confirm your email address and we will send you a payment link. If you don't have an email, please discuss alternative options.](#)

E-mail adresse:

Unterschrift:
Signed:

Datum:
Date:

3. Überweisung Bank Transfer

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: