

Application form Antragsformular

Part A

Please complete all parts of 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.

Bitte füllen Sie alle Felder dieses Formulars aus und schicken Sie es an Ihren Agenten/Versicherungsmakler zurück. Es ist wichtig, dass Sie dieses Formular vollständig ausfüllen. Anderenfalls könnte das Formular zum Vervollständigen an Sie zurückgesendet werden. Alle Anträge werden vor der Annahme geprüft und folglich besteht kein Versicherungsschutz bis eine Bestätigung vorliegt.

1

Your personal details Ihre persönlichen Daten

Title Anrede	Forename(s) Vorname(n)	Surname/Family Name Nachname/Familiename		
Date of birth Geburtsdatum	Gender Geschlecht	Height Größe	Weight Gewicht	
Overseas address Anschrift im Ausland			Post/Zip code Postleitzahl	
Phone Telefon	Mob Handynummer	Email E-Mail		
Home address Heimatanschrift			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 Gewünschte Deckung

Date upon which annual cover to commence, or the date on which your proposal is accepted by insurers, whichever is the later
Zeitpunkt des gewünschten, jährlichen Versicherungsbeginns oder der Tag, an dem der Antrag von der Versicherung angenommen wird; maßgebend ist der spätere Zeitpunkt

Choose your area of cover Wählen Sie den Geltungsbereich	Europe Europa	Worldwide excluding USA, China, Singapore & Hong Kong Weltweit ohne die USA, China, Singapur & Hong Kong	Worldwide excluding USA Weltweit ohne die USA	Worldwide Weltweit
---	------------------	---	--	-----------------------

Choose your level of cover Wählen Sie den Versicherungsumfang	Standard Premium	Standard Plus Elite	Comprehensive
--	---------------------	------------------------	---------------

Please select the annual excess you wish to apply to your policy Bitte wählen Sie die jährliche Selbstbeteiligung, die Sie in Ihre Versicherung einschließen möchten	Nil 2500	100 5000	250 7500	500 10000	1000
---	-------------	-------------	-------------	--------------	------

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.

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

10% co-insurance
10% Ko-versicherung

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.

Home country evacuation module
(120 adult/75 child)
Modul Evakuierung ins Heimatland
(120 Erwachsener/75 Kind)

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

Do you or any of the persons to be included in this proposal, have existing health insurance? Haben Sie oder andere Personen, die in diesem Antrag einbezogen sind, eine bestehende Krankenversicherung?	Yes Ja	No Nein
---	-----------	------------

If yes, which provider?
Wenn ja, welcher Anbieter?

Do you or any of the persons to be included in this insurance take part in <u>any sport</u> or physical pastime? (For the avoidance of doubt, this would include amongst other things <u>but not limited to</u> 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 Dependants to be included Angehörige, die mitversichert 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 Besetzung
--	--	-----------------------	-----------------------------	----------------------	-----------------	-------------------	-------------------------

Spouse
Ehepartner

Dep. 1

Dep. 2

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.

4 Payment method Zahlungsweise

Please specify how you would like to pay
Geben Sie bitte Ihre gewünschte
Zahlungsart an

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 per Lastschrift
- *Nur in der EU verfügbar und nur*
bei Verträgen in Euro

Additional surcharges - credit/debit card & SEPA Direct Debits Zusätzliche Gebühren - 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 fallen zusätzlich, zu den oben genannten, Gebühren i.H.v. 3.5% an (gilt nur für Zahlungen in USD)

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 genutzt werden, es fallen zusätzliche Gebühren i.H.v. 3.5% an:

- 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 Gebühren - 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, wenn der Zahlungsempfänger alle Gebühren übernimmt.

**5 Declaration
Erklärung**

- a. 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.
- b. I/We have read, understand and accept Section 6 of this proposal on data protection.
Ich/wir habe/n Abschnitt 6 dieses Angebots zum Datenschutz gelesen, verstanden und akzeptiere/n diesen.
- c. I/we am consenting for my insurance broker to act on my behalf for the purposes of transferring sensitive data.
Ich/wir willige ein, dass mein Versicherungsmakler für die Zwecke der Übertragung sensibler Daten in meinem Namen handelt.
- d. 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.
- e. 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.
- f. If I/we have elected to pay our premium by instalments using credit or debit cards and Morgan Price have agreed to this, I/we authorise Morgan Price 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 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.
- g. 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 Hauptantragstellers



Date
Datum

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 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 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 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.

6 Data Protection & General Data Protection Regulations — continued Datenschutz & Allgemeine Datenschutzbestimmungen — Fortsetzung

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 Sicherungsmaßnahmen 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.

We will only retain your personal data for as long as necessary to fulfill 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 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.

Policy No. _____

Surname: _____

FOR OFFICE USE ONLY! NUR FÜR DEN GEBRAUCH IM BÜRO!

Part B

7 Confidential medical declaration Vertrauliche medizinische Erklärung

Important: You and the persons applying for cover under this policy must declare to us any and all known pre-existing medical conditions. If you do not tell us, your policy may be cancelled and any claim you make may not be paid.

Wichtig: Sie und die Personen, die einen Antrag auf Versicherungsschutz im Rahmen dieser Police stellen, müssen uns sämtliche bekannten Vorerkrankungen mitteilen. Wenn Sie dies nicht angeben, kann die Versicherungspolice gekündigt werden und jeder von Ihnen geltend gemachte Anspruch wird nicht bezahlt.

	Policyholder		Spouse		Dep. 1		Dep. 2	
	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
1. Are any medical/surgical/dental consultations and/or procedures (including x-ray lab or other testing) recommended, scheduled or contemplated for any applicant? Sind irgendwelche ärztlichen/chirurgischen/zahnärztlichen Untersuchungen (darunter Röntgen und andere Tests) für einen der Antragsteller empfohlen, angesetzt oder vorgesehen? Additional information Zusätzliche Informationen	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
2. Has any applicant ever been refused medical or dental insurance, or ever had a policy postponed, rated or accepted on special terms? Wurde einem der Antragsteller je eine Kranken- oder Zahnversicherung verweigert oder wurde je eine Versicherung aufgeschoben, bewertet oder unter besonderen Bedingungen angenommen? Additional information Zusätzliche Informationen	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
3. Has any applicant been examined by, consulted with, or received medical treatment from a physician in the last 12 months? Wurde einer der Antragsteller in den letzten 12 Monaten von einem Arzt untersucht, beraten oder medizinisch behandelt? Additional information Zusätzliche Informationen	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein

	Policyholder		Spouse		Dep. 1		Dep. 2	
	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
4. Has any applicant been examined by, consulted with, or received medical treatment from a medical specialist or consultant in the last 5 years? Wurde einer der Antragsteller in den letzten 5 Jahren von einem Facharzt untersucht, beraten oder medizinisch behandelt?	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein

Additional information

Zusätzliche Informationen

5. Has any applicant been confined (stayed overnight) in a hospital, clinic, sanatorium, or other treatment facility in the last 5 years? Lag einer der Antragsteller in den letzten 5 Jahren (über Nacht) in einem Krankenhaus, einer Klinik, einem Sanatorium oder einer anderen Behandlungseinrichtung?	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
---	-----------	------------	-----------	------------	-----------	------------	-----------	------------

Additional information

Zusätzliche Informationen

6. Has any applicant had any disease or impairment of or suffered any symptoms or required any medication, treatment or hospital consultation(s) for the following? - <i>Please answer all questions.</i> Hat einer der genannten Antragsteller an Erkrankungen oder Beeinträchtigung von oder an irgendwelchen Symptomen gelitten oder benötigte irgendwelche Medikamente, Behandlung oder Krankenhausberatung(en) aus einem der folgenden Gründe? – <i>Bitte beantworten Sie alle Fragen</i>								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

Please note that if you answer yes to any of these questions, you MUST provide further details in the additional information section.

Bitte beachten Sie, dass Sie, wenn Sie eine der Fragen mit Ja beantworten, im Abschnitt "Zusätzlichen Informationen" nähere Angaben machen müssen.

6.1. AIDS/ARC/HIV AIDS/ARC/HIV	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.2. Alcohol dependency or drug/substance abuse Alkoholabhängigkeit oder Drogen-/ Suchtmittelmissbrauch	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.3. Anaemia or any blood disorder Blutarmut oder eine andere Bluterkrankung	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.4. Arthritis, or any disorder of any muscles or joints Arthritis oder irgendeine Erkrankung der Muskeln oder Gelenke	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.5. Asthma, bronchitis or any other respiratory disorder Asthma, Bronchitis oder irgendeine andere Atemwegserkrankung	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.6. Back/spine/neck Rücken/Wirbelsäule/Nacken	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.7. Blood pressure/hypertension <i>If yes, please complete our hypertension questionnaire</i> Blutdruck/Hypertonie (Bluthochdruck) <i>Falls ja, füllen Sie bitte unseren</i> <i>Hypertoniefragebogen aus</i>	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.8. Blood vessels/clots/circulatory system Blutgefäße/Blutgerinnsel/Kreislauf	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein

		Policyholder		Spouse		Dep. 1		Dep. 2	
		Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
		Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.9.	Bones (including fractures) Knochen (inkl. Brüche)	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.10.	Brain/head Gehirn/Kopf	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.11.	Cancer, tumour, growth or cyst Krebst, Tumor, Geschwulst oder Zyste <i>If yes, please complete our cancer questionnaire</i> Falls die Frage mit „ja“ beantwortet wird, ist die Beantwortung unsers Fragebogens zu Krebserkrankungen erforderlich	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.12.	Carpal tunnel syndrome Karpaltunnelsyndrom	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.13.	Cerebrovascular disease/disorder or stroke Zerebrovaskuläre Erkrankung/Störung oder Schlaganfall	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.14.	Chest pains, palpitations, heart murmur, angina, heart attack or any other heart disorder Schmerzen in der Brust, Herzrasen, Herzgeräusche, Angina, Herzinfarkt oder irgendeine andere Herzerkrankung	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.15.	Cholesterol/Hypercholesterolemia Cholesterin/Hypercholesterolemie <i>If yes, please complete our cholesterol questionnaire</i> Falls die Frage mit „ja“ beantwortet wird, ist die Beantwortung unsers Fragebogens zu Cholesterin erforderlich.	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.16.	Cystic fibrosis Mukoviszidose	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.17.	Dental/gum disease Zahn-/Zahnfleischerkrankung	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.18.	Diabetes (including where under control by medication) Diabetes (auch wenn diese bereits durch die Einnahme von Medikamenten eingestellt sind) <i>If yes, please complete our diabetes questionnaire</i> Falls die Frage mit „ja“ beantwortet wird, ist die Beantwortung unsers Fragebogens zu diabetes erforderlich.	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.19.	Ears, eyes, nose or throat Ohren, Augen, Nase oder Hals	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.20.	Epilepsy, convulsions, seizures, fits Epilepsie, Krämpfe, Krampfanfälle, Anfälle	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.21.	Gastrointestinal disorder (stomach/intestines) Magen-Darm-Erkrankung (Magen, Darm)	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.22.	Gout Gicht	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.23.	Hernia Leistenbruch <i>If yes, please state the type of hernia i.e inguinal</i> Falls die Frage mit „ja“ beantwortet wird, geben Sie bitte die Art der Hernie bzw. des Leistenbruchs an erforderlichlich.	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein

		Policyholder		Spouse		Dep. 1		Dep. 2	
		Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
		Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
6.24.	Immune system disorder Störungen des Immunsystems	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.25.	Injury, operation, physical defect or deformity Verletzung, Operation, körperliches Gebrechen oder Deformation	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.26.	Kidney/bladder/urinary tract Niere/Blasé/Harnwege	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.27.	Liver, gall-bladder, pancreas or spleen Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse oder Milz	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.28.	Lungs/breathing Lunge/Atmung	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.29.	Mental/nervous disorder Mentale Störung/Nervenkrankheit	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.30.	Neurological/nervous system Neurologisches System/Nervensystem	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.31.	Paralysis Lähmung	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.32.	Prostate Prostata	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.33.	Rheumatic fever Rheumatisches Fieber	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.34.	Reproductive disorder or infertility Reproduktionsstörung oder Unfruchtbarkeit	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.35.	Skin Haut	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.36.	Sleep disorder Schlafstörung	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.37.	Stroke Schlaganfall	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.38.	Surgical operation Chirurgische Operation	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.39.	Ulcer Geschwür	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.40.	Thyroid (including where under control by medication) Schilddrüsenerkrankungen (auch wenn diese bereits durch die Einnahme von Medikamenten eingestellt sind) <i>If yes, please complete our thyroid questionnaire</i> <i>Falls die Frage mit „ja“ beantwortet wird, ist die Beantwortung unsers Fragebogens zu Schilddrüsenerkrankungen erforderlich</i>	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.41.	Urinary abnormality Anomalie der Harnwege	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.42.	Other medical condition not listed Andere, nicht aufgeführte Erkrankungen	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.43.	Are you currently undergoing or been advised to undergo any dental treatment? Befinden Sie sich zur Zeit in zahnärztlicher Behandlung oder wurde Ihnen geraten, eine solche geraten?	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein

	Policyholder		Spouse		Dep. 1		Dep. 2	
6.44.	Have you smoked, used tobacco or nicotine replacements in the last 12 months? If so, how many per day? Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht, Tabak- oder Nikotinersatz genutzt?		Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.45.	Do you have any known allergies, including food allergies? Haben Sie irgendwelche bekannten Allergien, einschließlich Lebensmittelallergien?		Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.46.	Have you suffered any symptoms for which you have not sought medical advice? Litten Sie an irgendwelchen Symptomen, derentwegen Sie nicht einen Arzt konsultiert haben?		Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.47.	Do you have any known check-ups or doctor appointments pending now or in the future? Haben Sie irgendwelche bekannten Untersuchungen oder Arzttermine?		Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.48.	Are you currently under the care of any specialist? (e.g. a cardiologist or oncologist) Sind Sie zur Zeit von einem Facharzt betreut? (z.B. einem Kardiologen oder Onkologen)		Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein
6.49.	Are you currently pregnant? Sind Sie zur Zeit schwanger?		Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein	Yes Ja	No Nein

Additional information
Zusätzliche Informationensssss

Please use this space to provide details if you answered "Yes" to any of the questions in Section 5. If you require additional space, please continue on a separate sheet.

Bitte verwenden Sie diesen Raum, um detaillierte Angaben zu machen, wenn Sie eine der Fragen am Ende des Abschnitts 5 mit "Ja" beantwortet haben. Wenn Sie mehr Platz benötigen, nutzen Sie bitte ein separates Blatt.

Question no. Frage Nr.	Name of illness/medical condition* Bezeichnung der Krankheit/ Beschwerde*	Dates (to and from) Daten (bis uns vom)	What medical treatment was provided? Welche medizinische Behandlung wurde durchgeführt?	Current medication name and daily dose Bezeichnung derzeitiger Medikamente und Dosis	Have you had any hospital stay in relation to this condition? Hatten Sie einen hausaufenthalt augrund dieser Erkrankung?	What is the current status of the condition? ** Wie ist der aktuelle Status der Erkrankung?
Policyholder Versicherungsnehmer						
Spouse Ehepartner						
Dep. 1						
Dep. 2						

*Where applicable, please state the area of the body affected (e.g. left or right arm)
 *Wo zutreffend, geben Sie bitte den betroffenen Körperbereich an (z.B. linker oder rechter Arm).
 **Please enter either Complete Recovery, Ongoing or Recurrent (or likely to recur)
 **Geben Sie entweder vollständige Genesung, andauern oder wiederkehrend (wahrscheinlich wiederkehrend) an