Eingang bei der Globality S.A.: Datum/ Sachbearbeiter
Vermittler Name
Vermittler Nummer

GLOBALITY HEALTH
premium health insurance worldwide

Globality **YouGenio® World**

Antrag auf Krankenversicherung

Globality S.A.

1A, rue Gabriel Lippmann · L-5365 Munsbach
Tel: +352 270 444 3602, E-Mail: service-yougenio@globality-health.com

Globality S.A.
Verwaltungsrat: Christof Flosbach (Vorsitzender), Anja Berner,
Jens Gruss, Dr. Rasmus Schlömer, Dr. Cornelia Röskau
Handelsregister (RCS Luxembourg): B 134.471

Antrag auf Krankenversicherung (Einzelversicherung)

⚠ **Hinweis: Wir können Ihren Antrag nur dann prüfen und bearbeiten, sofern er vollständig ausgefüllt bei uns eingereicht wurde.** Bitte nehmen Sie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Hilfe, falls beim Ausfüllen des Antrags sich Fragen für Sie ergeben.

Ich beantrage den Abschluss einer Krankenversicherung nach dem Tarif Globality YouGenio® World für die unten aufgeführten zu versichernden Personen.

A. Angaben zum Versicherungsnehmer

☐ Ich handle ausschließlich als Versicherungsnehmer und nicht als versicherte Person.
☐ Ich handle als Versicherungsnehmer und als versicherte Person.

Beginn des Versicherungsschutzes (TT/MM/JJJJ)		
Titel	Vorname	Nachname
Geschlecht ☐ M ☐ W	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Berufliche Tätigkeit
Korrespondenzanschrift	Gebäudename/Nr.	Straße
	PLZ und Ort	Land und Region
Kontaktdaten	Telefon tagsüber (+ Landes-/Ortsvorwahl)	
	Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)	
	E-Mail-Adresse	

☐ Neukunde	☐ Früherer oder aktueller Kunde von Globality S.A. Falls ja, bitte Vers.-Nummer(n) angeben.
Nationalität oder Nationalitäten	Heimatland
Aktuelles Aufenthaltsland (das Land, in dem Sie sich zum Zeitpunkt der Antragstellung aufhalten)	Zukünftiges Aufenthaltsland (das Land, in dem Sie als Expat leben werden)

Vertragssprache (Jeglicher Schriftverkehr/alle Unterlagen soll/sollen in der folgenden Sprache bereitgestellt werden):

☐ Deutsch ☐ Englisch ☐ Französisch ☐ Spanisch ☐ Niederländisch

B. Mitzuversichernde Personen

Person 2

Beginn des Versicherungsschutzes (TT/MM/JJJJ)		
Titel	Vorname	Nachname
Verhältnis zum Versicherungsnehmer ☐ (Ehe-)Partner ☐ Kind		
Geschlecht ☐ M ☐ W	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Berufliche Tätigkeit
Korrespondenzanschrift ☐ Gleiche Anschrift wie Versicherungsnehmer ☐ Abweichende Anschrift (bitte rechts eintragen)	Gebäudename/Nr.	Straße
	PLZ und Ort	Land und Region
Kontaktdaten	Telefon tagsüber (+ Landes-/Ortsvorwahl)	
	Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)	
	E-Mail-Adresse	

☐ Neukunde	☐ Früherer oder aktueller Kunde von Globality S.A. Falls ja, bitte Vers.-Nummer(n) angeben.
Nationalität oder Nationalitäten	Heimatland
Aktuelles Aufenthaltsland (das Land, in dem Sie sich zum Zeitpunkt der Antragstellung aufhalten)	Zukünftiges Aufenthaltsland (das Land, in dem Sie als Expat leben werden)

Person 3

Beginn des Versicherungsschutzes (TT/MM/JJJJ)		
Titel	Vorname	Nachname
Verhältnis zum Versicherungsnehmer ☐ (Ehe-)Partner ☐ Kind		
Geschlecht ☐ M ☐ W	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Berufliche Tätigkeit
Korrespondenzanschrift ☐ Gleiche Anschrift wie Versicherungsnehmer ☐ Abweichende Anschrift (bitte rechts eintragen)	Gebäudename/Nr.	Straße
	PLZ und Ort	Land und Region
Kontaktdaten	Telefon tagsüber (+ Landes-/Ortsvorwahl)	
	Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)	
	E-Mail-Adresse	

☐ Neukunde	☐ Früherer oder aktueller Kunde von Globality S.A. Falls ja, bitte Vers.-Nummer(n) angeben.
Nationalität oder Nationalitäten	Heimatland
Aktuelles Aufenthaltsland (das Land, in dem Sie sich zum Zeitpunkt der Antragstellung aufhalten)	Zukünftiges Aufenthaltsland (das Land, in dem Sie als Expat leben werden)

Person 4

Beginn des Versicherungsschutzes (TT/MM/JJJJ)		
Titel	Vorname	Nachname
Verhältnis zum Versicherungsnehmer ☐ (Ehe-)Partner ☐ Kind		
Geschlecht ☐ M ☐ W	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Berufliche Tätigkeit
Korrespondenzanschrift ☐ Gleiche Anschrift wie Versicherungsnehmer ☐ Abweichende Anschrift (bitte rechts eintragen)	Gebäudename/Nr.	Straße
	PLZ und Ort	Land und Region
Kontaktdaten	Telefon tagsüber (+ Landes-/Ortsvorwahl)	
	Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)	
	E-Mail-Adresse	

☐ Neukunde	☐ Früherer oder aktueller Kunde von Globality S.A. Falls ja, bitte Vers.-Nummer(n) angeben.
Nationalität oder Nationalitäten	Heimatland
Aktuelles Aufenthaltsland (das Land, in dem Sie sich zum Zeitpunkt der Antragstellung aufhalten)	Zukünftiges Aufenthaltsland (das Land, in dem Sie als Expat leben werden)

C. Tarifstufen und Zielregionen

Person	Tarifstufe				Zielregion	Beitrag (monatlich)
	Essential	Classic	Plus	Top		☐ € ☐ $ ☐ £
1	☐ Keine Selbst-beteiligung	**Selbstbeteiligung:** ☐ keine ☐ 250 €/325 $/210 £ ☐ 500 €/650 $/420 £ ☐ 1.000 €/1.300 $/ 840 £	**Selbstbeteiligung:** ☐ keine ☐ 250 €/325 $/210 £ ☐ 500 €/650 $/420 £ ☐ 1.000 €/1.300 $/ 840 £ ☐ 2.500 €/3.250 $/ 2.100 £	**Selbstbeteiligung:** ☐ keine ☐ 250 €/325 $/210 £ ☐ 500 €/650 $/420 £ ☐ 1.000 €/1.300 $/ 840 £ ☐ 2.500 €/3.250 $/ 2.100 £	☐ Weltweit ohne USA ☐ weltweit mit USA	
2	☐ Keine Selbst-beteiligung	**Selbstbeteiligung:** ☐ keine ☐ 250 €/325 $/210 £ ☐ 500 €/650 $/420 £ ☐ 1.000 €/1.300 $/ 840 £	**Selbstbeteiligung:** ☐ keine ☐ 250 €/325 $/210 £ ☐ 500 €/650 $/420 £ ☐ 1.000 €/1.300 $/ 840 £ ☐ 2.500 €/3.250 $/ 2.100 £	**Selbstbeteiligung:** ☐ keine ☐ 250 €/325 $/210 £ ☐ 500 €/650 $/420 £ ☐ 1.000 €/1.300 $/ 840 £ ☐ 2.500 €/3.250 $/ 2.100 £	☐ Weltweit ohne USA ☐ Weltweit mit USA	
3	☐ Keine Selbst-beteiligung	**Selbstbeteiligung:** ☐ keine ☐ 250 €/325 $/210 £ ☐ 500 €/650 $/420 £ ☐ 1.000 €/1.300 $/ 840 £	**Selbstbeteiligung:** ☐ keine ☐ 250 €/325 $/210 £ ☐ 500 €/650 $/420 £ ☐ 1.000 €/1.300 $/ 840 £ ☐ 2.500 €/3.250 $/ 2.100 £	**Selbstbeteiligung:** ☐ keine ☐ 250 €/325 $/210 £ ☐ 500 €/650 $/420 £ ☐ 1.000 €/1.300 $/ 840 £ ☐ 2.500 €/3.250 $/ 2.100 £	☐ Weltweit ohne USA ☐ Weltweit mit USA	
4	☐ Keine Selbst-beteiligung	**Selbstbeteiligung:** ☐ keine ☐ 250 €/325 $/210 £ ☐ 500 €/650 $/420 £ ☐ 1.000 €/1.300 $/ 840 £	**Selbstbeteiligung:** ☐ keine ☐ 250 €/325 $/210 £ ☐ 500 €/650 $/420 £ ☐ 1.000 €/1.300 $/ 840 £ ☐ 2.500 €/3.250 $/ 2.100 £	**Selbstbeteiligung:** ☐ keine ☐ 250 €/325 $/210 £ ☐ 500 €/650 $/420 £ ☐ 1.000 €/1.300 $/ 840 £ ☐ 2.500 €/3.250 $/ 2.100 £	☐ Weltweit ohne USA ☐ Weltweit mit USA	
				Gesamtbeitrag für alle zu versichernden Personen:		0

D. Vorversicherung und Angaben zum behandelnden Arzt

⚠ **Hinweis: Die Angaben zu Punkt 1 UND Punkt 2 sind Pflichtangaben.**

1. Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren ein anderer Krankenversicherungsschutz (einschl. gesetzlicher/privater Krankenversicherung)?

Person	Vorversicherer	Vers.-Nr.	Versicherungs-umfang	Beginn (TT/MM/JJJJ)	Ende (TT/MM/JJJJ)
1 ☐ Ja ☐ Nein			☐ Stationär ☐ Ambulant ☐ Zahn		
2 ☐ Ja ☐ Nein			☐ Stationär ☐ Ambulant ☐ Zahn		
3 ☐ Ja ☐ Nein			☐ Stationär ☐ Ambulant ☐ Zahn		
4 ☐ Ja ☐ Nein			☐ Stationär ☐ Ambulant ☐ Zahn		

2. Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift des Arztes an, der am ehesten Auskunft über Ihren Gesundheitszustand geben kann. Gibt es mehr als einen behandelnden Arzt bzw. Krankenhaus für die in diesem Antrag aufgeführten Personen, so machen Sie bitte auch für diese Personen entsprechende Angaben am Schluss des Abschnitts E dieses Antragsformulars oder auf einem separaten Beiblatt.

Person	Name des Arztes	Anschrift des Krankenhauses/der Klinik/des Arztes	Tel.-Nr. und E-Mail-Adresse
1			
2			
3			
4			

E. Gesundheitsfragen

⚠ Bitte kreuzen Sie eine der folgenden Optionen an. Ist keine der beiden Optionen angekreuzt (☐), erfolgt eine vollständige medizinische Gesundheitsprüfung.

☐ **Moratorium** – Option gilt nur sofern alle zu versichernden Personen zum Zeitpunkt der Antragsstellung (Unterschrift im Abschnitt H) 55 Jahre alt sind oder jünger. Die nachfolgenden Gesundheitsfragen müssen nicht beantwortet werden, da alle Vorerkrankungen und damit verbundenen Gesundheitsstörungen während einer Wartezeit von mindestens 24 Monaten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Bitte informieren Sie sich auf S. 12 dieses Antragsformulars über die Bedingungen für die Option eines Moratoriums. Falls Sie diese Option wählen, fahren Sie bitte in Abschnitt F fort.

☐ **Medizinische Risikoprüfung**
Um prüfen zu können, ob Vorerkrankungen mit Beginn der Versicherung abgedeckt werden können, müssen alle nachfolgenden Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen der zu versichernden Personen beantwortet werden. Die medizinische Risikoprüfung kann zur Folge haben, dass Globality S.A. die Versicherung um zusätzliche Bedingungen ergänzt, Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse erhebt oder den Antrag/die Versicherung einer Person ablehnt.

Wichtig: Alle unten aufgeführten Gesundheitsfragen sind ausführlich zu beantworten. Geben Sie bitte auch Beschwerden, Krankheiten und Unfallfolgen an, die Sie als unwesentlich ansehen. Striche gelten nicht als Antwort. ***Reicht der Platz nicht***, so antworten Sie auf einem gesonderten Blatt unter Angabe der Personenziffer und weisen Sie in dem Antrag auf dieses Blatt hin. Falls Sie dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, ist es erforderlich, diese gegenüber der Globality S.A. ***innerhalb von drei Tagen schriftlich*** nachzuholen; bitte weisen Sie dann in dem Antrag auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin.
Werden die auf dieser Seite gestellten Gesundheitsfragen, soweit sie für die Übernahme des Risikos erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, können wir bei nichtvorsätzlicher Verletzung der Anzeigepflicht innerhalb eines Monats nach Kenntnisnahme von der Anzeigepflichtverletzung kündigen, sofern wir beweisen, dass wir das Risiko in keinem Fall versichert hätten. Der Vertrag ist nichtig, wenn durch vorsätzliche Verletzung der Anzeigepflicht die Beurteilung des Risikos für uns nicht möglich ist. In diesem Fall sind Sie verpflichtet, empfangene Versicherungsleistungen zurückzuzahlen. Gezahlte Beiträge werden nicht erstattet. Erkrankungen, die zwischen dem Unterzeichnen des Antragsformulars und der Antragsannahme durch die Globality S.A. auftreten, werden ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet. ***Daher ist es notwendig, dass Sie uns über jegliche Änderung der gemachten Angaben zwischen Einreichung des Antragsformulars und dessen Annahme durch uns informieren. (Weitere Informationen unter „Verantwortlichkeit für den Inhalt des Antrags", Seite 10)***.

Vorerkrankungen:
Vorerkrankungen sind Krankheiten/Zustände, deren Symptom(e) vor Beginn des Versicherungsschutzes (Versicherungsbeginn) durch Globality S.A. aufgetreten sind, einschließlich Schwangerschaft, Entbindung, Wochenbettkomplikationen und vergleichbare Erkrankungen, unabhängig davon, ob diese Gegenstand einer ärztlichen Behandlung oder Beratung waren.

Jede medizinische oder zahnmedizinische Erkrankung oder ähnliche Zustände, im Zusammenhang mit denen Sie ...
- Symptome zeigten oder in ärztlicher Behandlung waren;
- ärztlichen Rat eingeholt oder sich wegen einer Behandlung oder Beratung an einen Arzt gewendet haben (einschl. Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen);
- Medikamente eingenommen haben (einschließlich frei verkäuflicher Präparate, alternativer Heilmittel, Diätprodukte, Injektionen und Vitaminpräparate) oder
- die nach Ihrem besten Wissen zu Beginn des Versicherungsschutzes bereits vorlagen.

Vorerkrankungen können abhängig vom Ergebnis der medizinischen Gesundheitsprüfung im Rahmen dieser Versicherung eingeschlossen werden. Erkrankungen, die zwischen der Unterzeichnung des Antragsformulars und der Antragsannahme durch unsere Sachbearbeiter/-innen auftreten, gelten als Vorerkrankungen. Deshalb müssen Sie uns über wesentliche Änderungen der gemachten Angaben zwischen der Einreichung des Antrags und dessen Annahme informieren. Sie sind hiermit verpflichtet, uns auf Aufforderung alle weiterführenden Informationen zur Verfügung zu stellen, die wir benötigen.
Falls Versicherungsschutz bei Globality S.A. bereits vorliegt oder vorlag, müssen keine Angaben zu Vorerkrankungen oder Behandlungen während der letzten fünf Jahre gemacht werden, sofern diese Globality S.A. im Zusammenhang mit dem bisherigen Versicherungsvertrag bereits vollständig bekannt sind mittels bei Globality S.A. eingereichten Rechnungen oder ärztlichen Bescheinigungen.

Nr.	Fragen	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
1	Größe in Zentimetern und Gewicht in Kilogramm	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg
2	Haben Sie in den letzten 12 Monaten Tabakprodukte konsumiert (d.h. Zigaretten, Zigarren, Kautabak oder irgendeine andere Form von Tabak)? Falls ja, geben Sie die durchschnittliche Anzahl Zigaretten/Menge Tabak pro Tag an.	☐ Ja ☐ Nein _____	☐ Ja ☐ Nein _____	☐ Ja ☐ Nein _____	☐ Ja ☐ Nein _____

Nr.	Fragen	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
3	Wie viele Alkoholeinheiten nehmen Sie pro Woche zu sich? Alkohol: Einheiten (1 Einheit = 250 ml Bier / 100 ml Wein / 25 ml Spirituosen)	_____	_____	_____	_____
	Die nachfolgenden Angaben zu Erkrankungen sind als Beispiele gedacht. **Alle Vorerkrankungen müssen angegeben werden, auch wenn sie hier nicht aufgelistet sind.** **Haben Sie oder eine der im Rahmen dieses Vertrags mitzuversichernde Personen in den letzten fünf Jahren:** **a) wegen einer der folgenden Erkrankungen einen Arzt oder anderen medizinischen Dienstleister aufgesucht,** **b) an einer der folgenden Erkrankungen gelitten oder sind Sie/ist diese Person deswegen stationär behandelt worden,** **c) sich wegen einer der folgenden Erkrankungen einer Behandlung unterzogen, haben Sie/hat diese Person deswegen Tests oder Untersuchungen durchführen lassen?**				
4.1	Herz-Kreislauf-Störungen (z.B. Bluthochdruck, Angina Pectoris, Brustschmerzen, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Herzfehler, Aneurysma, Krampfadern)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
4.2	Atemwegserkrankungen (z.B. Atemnot, Asthma, Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, Lungenentzündung, Bronchitis, Tuberkulose, Allergien, Nasenscheidewandverkrümmung)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
4.3	Hormonelle Erkrankungen (z.B. Drüsenstörungen, Diabetes [Typ 1 oder 2], Schilddrüsenstörungen, Cushing-Syndrom, Addison-Krankheit, Morbus Basedow)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
4.4	Magen-Darm-Erkrankungen (z.B. Magen-, Darm-, Leber- oder Gallenblasenstörungen, Magenschleimhautentzündung/-geschwüre, Reizdarm, Morbus Crohn, Colitis, Verdauungsstörungen, Hämorrhoiden, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Hepatitis, Leberzirrhose, Gallensteine, Hernien)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
4.5	Krebs, Tumore oder Geschwülste (z.B. Polypen, gutartige Geschwülste, Zysten, Karzinome und Präkanzerosen)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
4.6	Hirn- und ZNS-Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Demenz, Migräne, chronische Kopfschmerzen, multiple Sklerose, Epilepsie/ Anfallsleiden, Ischias, Muskelhypotonie, Parkinson-Krankheit)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
4.7	Haut-, Haar- und Nagelerkrankungen (z.B. Ekzem, Dermatitis, Ausschlag, Haarausfall, Alopecia areata, Schuppenflechte, Akne, Zysten, juckende/ blutende Muttermale)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
4.8	Ohrerkrankungen (Tinnitus, Schwindel, Schwerhörigkeit, Taubheit), Augenerkrankungen (z.B. grauer oder grüner Star, Hornhauterkrankungen, Netzhautablösung) Liegt bei Ihnen eine Sehschwäche von mind. acht Dioptrien vor? Falls ja, bitte geben Sie die Dioptrien an: rechtes Auge (Re); linkes Auge (Li)	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein Re _____ Li _____	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein Re _____ Li _____	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein Re _____ Li _____	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein Re _____ Li _____
4.9	Erkrankungen der Harnwege und Fortpflanzungsorgane (z.B. Nierenversagen, Harnwegsinfekte, Inkontinenz; Hoden- oder Prostatastörungen, Unfruchtbarkeit, Schwierigkeiten bei Schwangerschaft/ Entbindung (einschl. Kaiserschnitt), massive oder unregelmäßige Periode, Myome, Endometriose, abnorme Schmierblutungen, polyzystisches Ovar)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
4.10	Blut-, Infektions- oder Immunerkrankungen (z.B. abnorme Blutwerte, Gerinnungsstörungen, hoher Cholesterinspiegel, Anämie, Malaria, Autoimmunerkrankungen)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
4.11	Psychiatrische Erkrankungen/psychische Störungen (z.B. Depressionen, ärztlich behandeltes Stresssyndrom, Angststörung, Geisteskrankheit, Schizophrenie, Zwangs- oder Essstörung, Drogen-/ Alkoholsucht)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
4.12	Muskel- oder Skeletterkrankungen (z.B. Rheumatismus, Gicht, Arthritis, Rückenbeschwerden, Nacken-/ Schulterbeschwerden, Knorpel- und Bänderbeschwerden, Gelenkersatz, Knochenbrüche, Osteoporose, entzündliche Prozesse, Bandscheibenvorfall) Bitte geben Sie an, welche Körperseite oder Wirbelsäulensegmente betroffen sind, falls zutreffend.	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

Nr.	Fragen	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
5	Bestand oder besteht bei ihnen ein körperlicher/ organischer Fehler, ein chronisches bzw. angeborenes Leiden, eine Wehrdienstbeschädigung, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit/Grad der Behinderung? Wenn ja, bitte Bescheid beifügen.	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
6	Wurden Sie jemals positiv getestet auf AIDS, HIV, Hepatitis B, C, D, oder warten Sie auf eine Behandlung, Untersuchung, Kontrolle, oder auf Testergebnisse?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
7	Schwangerschaft: Sind Sie schwanger? Falls ja, in der wievielten Woche?	☐ Ja ☐ Nein _____	☐ Ja ☐ Nein _____	☐ Ja ☐ Nein _____	☐ Ja ☐ Nein _____
8	Haben Sie sich in den letzten fünf Jahren ambulanten oder stationären Operationen unterzogen?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
9	Ist eine ambulante/stationäre Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
10	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Tabletten, Salben, Kapseln, Säfte, Spritzen, Cremes, Zäpfchen, Inhalationen, auch nicht verschreibungspflichtige Medikamente)? Falls ja, machen Sie bitte genaue Angaben zu Medikamenten und zugehörigen Diagnosen.	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
11	Zähne a) Waren Sie in den letzten fünf Jahren zwecks Behandlung oder zur Routinekontrolle beim Zahnarzt? b) Sind Sie derzeit in zahnärztlicher Behandlung (bitte geben Sie im Feld unten die Kontaktdaten Ihres Zahnarztes an), lassen Sie Zahnersatz anfertigen oder erneuern, werden Sie wegen parodontaler Erkrankung oder kieferorthopädisch behandelt oder wird eine solche Behandlung empfohlen bzw. geplant? c) Fehlen Ihnen Zähne (außer Milch- und Weisheitszähnen) oder haben Sie Zahnlücken, die durch benachbarte Zähne geschlossen werden? d) Wurde bei Ihnen Parodontose oder eine andere parodontale Erkrankung diagnostiziert? Falls b), c) oder d) mit Ja beantwortet werden, werden wir Ihnen einen zahnärztlichen Untersuchungsbericht zuschicken, der von einem Zahnarzt ausgefüllt, unterschrieben und abgestempelt werden muss.	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein
12a	Haben Sie in den letzten fünf Jahren bis heute irgendwelche anderen Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Unfallfolgen oder sonstige Beeinträchtigungen Ihrer Gesundheit gehabt (inkl. Implantate, Stents oder Prothesen), gab es einen Krankenhausaufenthalt oder wurden Untersuchungen/ Behandlungen durchgeführt?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
12b	Haben Sie in den letzten fünf Jahren bis heute Symptome irgendwelcher anderer in der obigen Liste nicht genannten Gesundheitsstörungen gezeigt, die weder diagnostiziert noch von einem Arzt untersucht wurden?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

Nähere Angaben:

Haben Sie eine der obenstehenden Fragen mit „Ja" beantwortet, machen Sie dazu bitte in der folgenden Tabelle nähere Angaben. **Bitte legen Sie vorhandene ärztliche Berichte und Gutachten dazu vor.**

Person Nr.	Frage Nr.	1. Art der Erkrankung/Diagnose, Symptome, betroffener Körperteil (rechts/links), Behandlung, verschriebene Medikamente	2. Beginn der Behandlung/ der Symptome (TT/MM/JJJJ)	3. Ende der Behandlung/ Symptome/ anhaltend (TT/MM/JJJJ)	4. Behandelnder Arzt bzw. Anschrift des Krankenhauses, in dem die Behandlung durchgeführt wurde

Per-son Nr.	Frage Nr.	1. Art der Erkrankung/Diagnose, Symptome, betroffener Körperteil (rechts/links), Behandlung, verschriebene Medikamente	2. Beginn der Behandlung/ der Symptome (TT/MM/JJJJ)	3. Ende der Behandlung/ Symptome/ anhaltend (TT/MM/JJJJ)	4. Behandelnder Arzt bzw. Anschrift des Krankenhauses, in dem die Behandlung durchgeführt wurde

Weitere Angaben und Bemerkungen:

F. Zahlungsangaben

a) Zahlungsweise

☐ Monatlich ☐ Vierteljährlich ☐ Halbjährlich ☐ Jährlich

b) Zahlungsform

Beitragsüberweisung

☐ **EURO Konto – Beitragsüberweisung in EURO an die Globality S.A.**
BGL BNP Paribas · IBAN: LU090030309301020000 · Swift Code: BGLLLULL

☐ **USD Konto – Beitragsüberweisung in USD an die Globality S.A.**
BGL BNP Paribas · IBAN: LU450030309301173000 · Swift Code: BGLLLULL

☐ **GBP Konto – Beitragsüberweisung in GBP an die Globality S.A.**
BGL BNP Paribas · IBAN: LU810030309301326000 · Swift Code: BGLLLULL

☐ **Kreditkarte**

Aus datenschutzrechtlichen Gründen werden die Daten Ihrer Kreditkarte über eine speziell gesicherte Webfunktion abgefragt. Den Link zu dieser Seite erhalten Sie mit Ihren Versicherungsunterlagen. Bitte folgen Sie diesem Link und geben Sie die entsprechenden Daten nach Erhalt der Unterlagen ein.
Bitte beachten Sie, dass folgende Zuschläge auf den Monatsbeitrag gemäß dem von Ihnen gewählten Zahlungsintervall erhoben werden: 0 % bei jährlicher, 2 % bei halbjährlicher, 3 % bei vierteljährlicher und 4 % bei monatlicher Zahlung.

☐ **Lastschriftverfahren** (nur gültig für Beitragszahlungen in Euro innerhalb der Eurozone*, UK und Dänemark).
Bitte senden Sie uns das ausgefüllte SEPA Lastschriftmandat zusammen mit dem Antragsformular zu.

*Zur Eurozone gehören: Belgien, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, Irland, Lettland, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Portugal, Slovakei, Slovenien, Spanien, Zypern.

G. Rückerstattungen

Geben Sie bitte ein Bankkonto an, auf welches wir die erstattungsfähigen Leistungen überweisen können, falls bereits vorhanden.

Kontoinhaber	Geldinstitut
Konto-Nummer	BLZ
PLZ/Ort	Land
Swift (BIC)	IBAN

SEPA-Lastschrift-Mandat

⚠ Bitte beachten Sie, das SEPA Lastschrift Mandat ist nur gültig für Zahlungen in Euro innerhalb der Euro Zone, Großbritannien und Dänemark. Es gilt nicht für Zahlungen in USD oder GBP und für Zahlungen außerhalb der Euro Zone.

Mandatsreferenz – vom Zahlungsempfänger auszufüllen

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) Globality S.A., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Globality S.A. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir 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.

Bitte alle mit * gekennzeichneten Felder ausfüllen. **Die mit ** gekennzeichneten Felder müssen vom Zahlungsempfänger ausgefüllt werden, bevor das Formular dem Zahlungspflichtigen vorgelegt wird.**

Name des Zahlungspflichtigen *
Name des Kontoinhabers

Anschrift des Zahlungspflichtigen *
Straße und Hausnummer

*
Postleitzahl Ort

*
Land

IBAN des Zahlungspflichtigen *
Internationale Bankkontonummer – IBAN des Zahlungspflichtigen

*
BIC / SWIFT Code des Instituts des Zahlungspflichtigen

Name des Zahlungsempfängers **
Globality S.A.
Name des Zahlungsempfängers

**
LU53ZZZ000000000LU22284578
Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers / Gläubiger-Identifikationsnummer

**
1A, rue Gabriel Lippmann
Straße und Hausnummer

**
L-5365 Munsbach
Postleitzahl Ort

**
Luxembourg
Land

Zahlungsart *
☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

Zur Information: Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen dem Zahlungsempfänger und dem Zahlungspflichtigen.

Name des Versicherungsnehmers
Vorname und Name

Policen Nummer / Versicherungsnummer falls bekannt

Unterzeichnet in* Datum *
Ort

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen*

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zum obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann / können.

X
Unterschrift(en)

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular, wenn Sie ein Individualkunde sind, an:
service-yougenio@globality-health.com

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular, wenn Sie ein Gruppenkunde sind, an:
service-group@globality-health.com

Für interne Vermerke

H. Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)

Mir ist bekannt:

Widerrufsrecht
Sie können Ihre Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen innerhalb von 14 Kalendertagen schriftlich widerrufen. Die 14-tägige Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag, an dem Ihnen der Versicherungsschein sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugegangen sind. Zur Wahrung der Frist genügt die Absendung des Widerrufs per Post, E-Mail oder per Telefax vor Ablauf der 14 Tage.

Sofern Sie Ihre Vertragserklärung innerhalb dieser 14-tägigen Frist widerrufen, erstatten wir Ihnen etwaige bereits von Ihnen bezahlte Beiträge. Sofern Sie Ihre Vertragserklärung nicht innerhalb der 14 Tage widerrufen, tritt der Vertrag verbindlich in Kraft.

Der Widerruf ist zu richten an
Globality S.A.,
1A, rue Gabriel Lippmann,
L-5365 Munsbach.

Bei einem Widerruf per E-Mail oder per Telefax ist dieser zu richten an service-yougenio@globality-health.com bzw. folgende Fax. Nr. +352 / 270 444 3699.

Widerrufsfolgen
Üben Sie das Widerrufsrecht wirksam aus, so sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurück zu erstatten.

Verantwortlichkeit für den Inhalt des Antrags
Ich muss bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung die mir bekannten Gefahrenumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer gefragt hat, dem Versicherer anzeigen.

Erkrankungen, die zwischen dem Unterzeichnen des Antragsformulars und der Antragsannahme durch die Globality S.A. auftreten, werden ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet.

Zu den Rechtsfolgen bei unrichtiger Beantwortung der Gesundheitsfragen verweisen wir auf die Ausführungen zu Gesundheitsfragen auf Seiten 4 bis 7.

Anwendbares Recht
Der Versicherungsvertrag unterliegt dem Recht des Großherzogtums Luxemburg, sofern andere nationale Vorschriften keine nicht vereinbaren Vorschriften mit dem Recht des Großherzogtums Luxemburg beinhalten.

Aufsichtsbehörde
Die Globality S.A. wird vom

Commissariat aux Assurances,
7, Boulevard Joseph II,
L-1840 Luxemburg,

aufsichtsrechtlich überwacht.

Beschwerdeprozess
Etwaige Beschwerden können an die Globality S.A., an den Ombudsmann der Versicherungen (A.C.A. – Association des Compagnies d'Assurances – in Zusammenarbeit mit der U.L.C. – Union Luxembourgeoise des Consommateurs) oder an die allen luxemburgischen privaten Krankenversicherern übergeordnete Aufsichtsbehörde – Commissariat aux Assurances – gerichtet werden.

Outsourcing und Einwilligung zur Übermittlung von Personenbezogenen Daten
Der Versicherungsnehmer erklärt sich einverstanden, dass im Rahmen der Gewährung des Versicherungsschutzes und der damit verbundenen Dienstleistungen, Globality S.A. Aufgaben, Funktionen und/oder Dienstleistungen in Zusammenhang mit der Ausführung des Vertrags auslagern (outsourcen) wird, insbesondere die Abwicklung von Ansprüchen, Beschwerden und Zahlungen sowie die Datenerhebung (die „Outsourcing-Dienstleistungen"). Das Outsourcing erfolgt ausschließlich an externe Dienstleister (die „Dienstleister"), die in solchen Ländern ansässig sind, in denen gemäß FATF* keine spezifischen Risiken bestehen, die eine Überwachung der Jurisdiktion erfordern (die „Outsourcing-Länder").

**FATF (The Financial Action Task Force) ist ein international führendes Gremium, das Standards für das internationale Finanzsystem setzt. Nicht kooperierende Länder sind einzusehen unter: http://www.fatf-gafi.org/countries/#high-risk*

In diesem Zusammenhang willigt der Versicherungsnehmer ein, dass Globality S.A. den Dienstleistern in den Outsourcing-Ländern Personenbezogene Daten übermittelt, darunter Identifikationsdaten, Kontaktdaten, Versicherungs- und Gesundheitsdaten, Bankdaten, Bonitäts- und Vermögensangaben in Bezug auf den Versicherungsnehmer, den/die Versicherten und/oder die Begünstigten des Versicherungsvertrags (die „Personenbezogenen Daten").

Gesundheitsdaten werden von Globality S.A. nur unter Einhaltung spezifischer Bestimmungen zur ärztlichen Schweigepflicht und sonstiger einschlägiger Vorschriften übermittelt.

Informationen über die Dienstleister sind der Website von Globality S.A. zu entnehmen oder in der Hauptgeschäftsstelle von Globality S.A. zu erfragen. Der Versicherungsnehmer akzeptiert, dass die Personenbezogenen Daten, Outsourcing-Länder, Outsourcing-Dienstleistungen und Dienstleister von Zeit zu Zeit Aktualisierungen oder Änderungen unterliegen. Der Versicherungsnehmer wird über solche Aktualisierungen oder Änderungen in Kenntnis gesetzt, dies stets in Übereinstimmung mit den Informationsregelungen, die in den Versicherungsbedingungen angegeben sind.

Die vorerwähnte Einwilligung kann durch den Versicherungsnehmer entweder per Schreiben an den Datenschutzbeauftragten von Globality S.A. an 1 A, rue Gabriel Lippmann, L-5365 Munsbach oder per E-Mail an dataprotection@globality-health.com widerrufen werden. Ein solcher Widerruf ist mit einer sofortigen Kündigung der Versicherungspolice auf Initiative des Versicherungsnehmers gleichzusetzen.

Datenschutz
In Übereinstimmung mit den geltenden Datenschutzbestimmungen werden die betroffenen Personen, einschließlich der versicherten Person(en) und des Versicherungsnehmers (die „Betroffenen Personen") informiert, dass ihre Personenbezogenen Daten durch den Versicherer, Globality S.A., verarbeitet werden. Dies geschieht ausschließlich zu Zwecken der Gewährung des Versicherungsschutzes, der Durchführung des Versicherungsvertrags (einschließlich der Bereitstellung des Versicherungsschutzes oder der Zahlung für Ansprüche, der Verwaltung des Risikos in Zusammenhang mit dem Versicherungsschutz durch eine Rückversicherung etc.), der Bereitstellung von entsprechenden Assistance-Leistungen sowie von Beratung und Unterstützung (einschließlich der Kontaktaufnahme zu einem Repatriierungsdienstleister, der Unterstützung beim Suchen eines passenden medizinischen Dienstleisters etc.) sowie in Übereinstimmung mit den geltenden rechtlichen und regulatorischen Verpflichtungen in Bezug auf die Aufdeckung von Betrugsfällen, den Vorschriften zur Bekämpfung von Geldwäsche und den für die Versicherungsgesellschaft geltenden aufsichtsrechtlichen Bestimmungen, einschließlich der Anforderungen des Gesetzes vom 07. Dezember 2015 über den Versicherungssektor in seiner geänderten Fassung. Globality S.A. verarbeitet überdies Personenbezogene Daten, wenn es im Rahmen ihrer rechtmäßigen Interessen erforderlich ist, einschließlich zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und von IT-Vorgängen, zur Durchführung von Marketingaktivitäten, Marktumfragen und Fragebogenaktionen sowie zur Verhinderung und Untersuchung von strafbaren Handlungen. Die mitgeteilten Informationen können von Globality S.A. dazu genutzt werden, um automatisierte Entscheidungen zu treffen, insbesondere in Bezug auf den Abschluss oder die Auflösung eines Vertrags sowie in Bezug auf mögliche Risikoausschlüsse oder Leistungsverpflichtungen.

Zu den verarbeiteten Personenbezogenen Daten gehören Identifikationsdaten, Kontaktinformationen, Versicherungs- und Gesundheitsdaten sowie Bank- und Bonitätsangaben (die „Personenbezogenen Daten"). Die Personenbezogenen Daten werden direkt von den Betroffenen Personen oder von den Versicherungsvermittlern der Betroffenen Personen eingeholt. In bestimmten Fällen können Gesundheitsdaten von medizinischen Dienstleistern eingeholt werden und ihre Personal- und Versicherungsdaten können durch andere Versicherungsgesellschaften sowie von der gesetzlichen Krankenkasse erhoben werden, sofern die Betroffenen Personen einer solchen Herausgabe von Informationen zugestimmt haben. Die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist für die Zwecke der Versicherungsdienstleistungen (d. h. für die Bewertung der versicherten Risiken, die Ermittlung der geeigneten Versicherungspolice/Beiträge, die Abschätzung dahingehend, ob der beantragte Versicherungsschutz gewährt werden kann etc.) sowie für die Zwecke des Anspruchsmanagements erforderlich. Informationen in Bezug auf die Betroffenen Personen können im Rahmen der Kreditwürdigkeitsbeurteilung überdies durch Kreditratingunternehmen, die Register über Schuldner und Privatinsolvenzen führen, bereitgestellt werden.

Globality S.A. kann Personenbezogene Daten an Dienstleister, einschließlich Gruppenunternehmen, weitergeben zwecks Durchführung des Versicherungsvertrags und der Bereitstellung von Assistance-Leistungen sowie von Beratung und Unterstützung in solchen Ländern, in denen die versicherte Person(en) Krankenversicherungsschutz, Unterstützung und Assistance-Leistungen benötigt/benötigen. Die Dienstleister können in Ländern ansässig sein, deren angebotenes Schutzniveau nicht dem Schutzniveau entspricht, das nach luxemburgischem Gesetz oder nach anderen europäischen Datenschutzstandards gewährt wird. Aus diesem Grund hat Globality S.A. geeignete vertragliche Vereinbarungen mit den Dienstleistern getroffen, um angemessene Sicherungsmechanismen für die Verarbeitung und den Schutz Personenbezogener Daten zu gewährleisten. Eine Kopie dieser Vereinbarungen kann am Sitz von Globality S.A. angefordert werden. Informationen über die Identität und den Sitz externer Datenverarbeitungsdienstleister können jederzeit bei Globality S.A. erfragt werden. Ferner kann Globality S.A. Personenbezogene Daten an andere Dienstleister wie ihre Rückversicherer, Banken, Wirtschaftsprüfer und Rechtsberater oder an Regulierungs- und Justizbehörden weiterleiten.

Betroffene Personen haben das Recht, ihre Personenbezogenen Daten einzusehen. Sie können verlangen, dass Fehler in ihren Personenbezogenen Daten berichtigt werden. Darüber hinaus können Betroffene Personen verlangen, dass ihre Personenbezogenen Daten gelöscht werden oder dass die Datenverarbeitung eingeschränkt wird, sofern die Personenbezogenen Daten nicht länger rechtmäßig geführt oder verarbeitet werden dürfen.

Ferner haben Betroffene Personen das Recht, die Verarbeitung von Personenbezogenen Daten zu Zwecken des Direktmarketings abzulehnen. Wenn die Verarbeitung der Personenbezogenen Daten durch Globality S.A. mit der Begründung erfolgt, dass sie für die Zwecke der von Globality S.A. verfolgten rechtmäßigen Interessen notwendig ist, dann haben die Betroffenen Personen überdies das Recht, Widerspruch gegen die Verarbeitung ihrer Personenbezogenen Daten einzulegen.

Das Recht auf Datenübertragbarkeit wird unter den in den geltenden Datenschutzbestimmungen aufgeführten Bedingungen gewährt. Betroffene Personen können ihre Rechte mittels schriftlicher Mitteilung an Globality S.A. unter dataprotection@globality-health.com ausüben.

Überdies haben Betroffene Personen das Recht, bei der Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen.

Personenbezogene Daten werden für die Dauer des Vertragsverhältnisses und darüber hinaus so lange gespeichert, bis etwaige Rechtsansprüche verjährt sind.

Die Bereitstellung der Personenbezogenen Daten, einschließlich der Gesundheitsdaten, ist notwendig für die Durchführung des Versicherungsvertrags und für die Zahlung von Ansprüchen. Ein Versäumnis dahingehend, Globality S.A. ausreichende, korrekte und aktuelle Informationen bereitzustellen, kann ein Hinderungsgrund für die Gewährung des Versicherungsschutzes sein.

Globality S.A. kann per Schreiben über den Postweg, adressiert an ihren im Briefkopf angegebenen Sitz, kontaktiert werden. Darüber hinaus kann Globality S.A. per E-Mail an folgende Adresse kontaktiert werden: dataprotection@globality-health.com.

Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Einwilligung zur Gewährung des Zugangs zu medizinischen Daten

Betroffene Personen werden informiert, dass Gesundheitsdaten von Globality S.A. und ihren Dienstleistern, einschließlich Gruppenunternehmen, gemäß obiger Datenschutzklausel verarbeitet werden können zwecks Bereitstellung eines Krankenversicherungsschutzes sowie Zurverfügungstellung entsprechender Assistance- und Unterstützungsleistungen. Durch Unterzeichnung dieses Antragsformulars können Betroffene Personen ausdrücklich einwilligen, dass ihre Gesundheitsdaten verarbeitet werden. Der Widerruf der Einwilligungserklärung berührt nicht die Datenverarbeitung, die vor diesem Widerruf vorgenommen wurde.

Einwilligungserklärung zur Mitteilung medizinischer Informationen

Durch Unterzeichnung dieses Krankenversicherungsantrags erkläre ich mich einverstanden, dass Ärzte, Krankenschwestern und sonstiges medizinisches Personal sowie Mitarbeiter von Krankenhäusern, Kliniken, Pflegeeinrichtungen, Privatversicherungsgesellschaften, Institutionen der gesetzlichen Versicherung, Berufsgenossenschaften und öffentliche Behörden, die in den bei Globality S.A. eingereichten Dokumenten genannt werden oder die an medizinischen Behandlungen beteiligt waren, Informationen zu meinem Gesundheitszustand und meinen Behandlungen (einschließlich Informationen zur Todesursache) an Globality S.A. weiterleiten dürfen, so dass eine Beurteilung des medizinischen Risikos bei Abschluss des Vertrags und eine Verifizierung meiner Rechte im Rahmen des Versicherungsvertrags möglich ist.

Durch Unterzeichnung dieses Krankenversicherungsantrags erkläre ich mich überdies einverstanden, dass Globality S.A. Informationen zu meinem Gesundheitszustand und zu meinen Behandlungen oder zu meinem Versicherungsschutz gegenüber dem Rückversicherer Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG, beauftragten medizinischen Dienstleistern und Kooperationspartnern von Globality S.A. bekanntgibt.

Diese Einwilligung kann jederzeit entweder per Schreiben an den Datenschutzbeauftragten von Globality S.A. an 1 A, rue Gabriel Lippmann, L-5365 Munsbach oder per E-Mail an dataprotection@globality-health.com widerrufen werden.

Globality S.A. ist verpflichtet, diese Informationen gegenüber Dritten ausschließlich zu Zwecken der Durchführung des Versicherungsvertrags, der Gewährung des Versicherungsschutzes sowie der Bereitstellung von Assistance-Leistungen, Beratung und Unterstützung bekanntzugeben. Die Einwilligungserklärung gemäß obiger Definition findet auch über meinen Tod hinaus Anwendung und gilt für meine zu versichernden Kinder sowie für andere zu versichernden Personen, die ich gesetzlich vertrete.

Ferner erkläre ich mich in stets widerrufbarer Weise einverstanden, dass Globality S.A., entweder direkt oder durch Kreditauskunfteien, Informationen aus dem Handelsregister, dem Schuldnerregister und dem Register der Privatinsolvenzen einholen kann, um meine Kreditwürdigkeit beurteilen zu können.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zahlung Ihres ersten Beitrags und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Für Versicherungsfälle, die vor Versicherungsbeginn eingetreten sind, leisten wir nicht. Bei Änderungen des Versicherungsvertrags gelten die unter Tarifwechsel beschriebenen Regelungen für den neu hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Vertragsgrundlagen

Der Versicherungsvertrag umfasst das Antragsformular, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Besonderen Versicherungsbedingungen und eventuell getroffene Zusatzvereinbarungen.

Bei Streitigkeiten in Bezug auf die Versicherung, den Versicherungsschutz und dessen zugrunde liegenden Bedingungen gilt die englische Version der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (General Conditions of Insurance) sowie anderer wichtiger Unterlagen und Dokumente als die führend und verbindlich.

Eine Kopie des Antrags erhalte ich sofort nach Unterzeichnung.

Änderung des Versicherungsschutzes
Änderungen des Versicherungsschutzes (Währung, Selbstbehalt, Tarifstufe) sind nur zum Beginn des folgenden Versicherungsjahres möglich.

Hierbei gelten je nach vereinbarter Tarifstufe die Wartezeiten auch für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Krankheiten und ihre Folgen sowie Unfallfolgen, die den zuvor geltenden Versicherungsbedingungen unterlagen und entsprechend den ärztlichen Befunden ein höheres Risiko bedingen, können vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden. Das gilt auch für die Behandlung und Entbindung im Rahmen einer bestehenden Schwangerschaft.

Waren vor der Änderung des Versicherungsschutzes Zuschläge für erhöhtes Risiko zu zahlen, werden sie zu den gleichen Prozentsätzen auch von den neuen Tarifbeiträgen erhoben, wenn nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird. Die entsprechenden Beträge der Zuschläge nehmen an Beitragsveränderungen (z.B. Beitragsanpassungen) teil.

Kommt eine beantragte Änderung des Versicherungsschutzes nicht zustande, weil von dem gesetzlichen Widerrufsrecht Gebrauch gemacht wird, bleibt es bei dem bisherigen Versicherungsschutz.

Die Laufzeit der bisherigen Versicherung wird bei der Änderung des Versicherungsschutzes auf den neuen Tarif angerechnet.

Bei der Änderung des Versicherungsschutzes ändert sich das Versicherungsjahr nicht.

Versicherbarer Personenkreis
Ich gehöre ab Beginn des Versicherungsschutzes als Person, die sich bereits vorübergehend für mindestens 3 Monate im Ausland aufhält bzw. demnächst aufhalten wird, zu dem versicherbaren Personenkreis. Mir ist bekannt, dass die Versicherung von Familienangehörigen/Lebenspartnern nur möglich ist, soweit diese nach den Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen versicherbar sind; eine automatische Mitversicherung findet nicht statt.

Vorversicherung
Sie sind dazu verpflichtet, der Globality S.A. die Daten Ihrer bisherigen Krankenversicherung(en) der letzten 5 Jahre mitzuteilen (inkl. obligatorischer/privater/gesetzlicher Krankenversicherung).

Antragsstellung und Annahme Ihres Antrags auf Krankenversicherung
Der Versicherungsantrag verpflichtet weder Sie noch uns zum Abschluss des Versicherungsvertrags. Wir werden Sie innerhalb von 30 Tagen ab Erhalt des Versicherungsantrags über unser Angebot zum Abschluss eines Versicherungsvertrags, eventuellen Bedarf an weiteren Informationen oder die Ablehnung des eingereichten Versicherungsantrags informieren. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (die sogenannte vorvertragliche Anzeigepflicht).

Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Versicherer schriftlich die Annahme des Antrags erklärt hat und der Versicherungsschein ausgehändigt wird. Die Zahlung des Erstbeitrages an den Vermittler gilt nicht als Annahme des Antrags.

Fälligkeit des Erstbeitrages
Der im Versicherungsschein ausgewiesene Beitrag ist im Voraus zu entrichten. Ein von uns geforderter versicherungsmedizinischer Zuschlag wird gesondert ausgewiesen. Der Erstbeitrag bzw. die erste Beitragsrate wird sofort nach der Annahme Ihres Antrags auf Versicherung durch uns fällig. Die Annahme erfolgt durch Versenden des Versicherungsscheins.

Vertragsdauer
Der Versicherungsvertrag ist zunächst ein Jahresvertrag, der sich nach Ablauf jedes Jahres um weitere 12 Monate verlängert, es sei denn, Sie widersprechen der Verlängerung spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres.

Moratorium
Statt eine umfassende medizinische Risikoprüfung zu beantragen, können Sie sich – falls Sie 55 Jahre oder jünger sind – auch für ein “Moratorium” entscheiden.

In diesem Fall wird für eine in den fünf Jahren vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetretene Vorerkrankung der zu versichernden Person nach einer ununterbrochenen Wartezeit von zwei Jahren ohne ärztliche Heilbehandlung, Symptome, Beratung oder Medikation im Zusammenhang mit der Vorerkrankung Versicherungsschutz geleistet. Nimmt eine versicherte Person während der ersten zwei Jahre der Versicherung eine Heilbehandlung, Beratung oder Medikamente in Bezug auf die Vorerkrankung in Anspruch, kann die Wartezeit von zwei Jahren (ohne Heilbehandlung, Beratung oder Medikation) für diese Vorerkrankung erneut beginnen. Leistungen für neue, nicht im Zusammenhang damit stehende Erkrankungen werden umgehend erstattet (nach Ablauf von Wartezeiten, sofern Wartezeit für die enthaltene Behandlung anfällt).

Vorerkrankungen
Als Vorerkrankung gilt ein bereits vor Versicherungsbeginn aufgetretener medizinisch-klinischer Zustand. Im Rahmen dieser Definition bezeichnen wir als „medizinisch-klinischen Zustand” jedes medizinische oder zahnmedizinische Krankheitsbild bzw. dessen Folgen, für das/die Sie eine Behandlung erhalten, Symptome gezeigt, Beratung in Anspruch genommen, einen Arzt zur Heilbehandlung (inklusive Gesundheitschecks) konsultiert oder eine medikamentöse Behandlung erhalten haben, oder das/die nach bestem Wissen der betroffenen Person bei Versicherungsbeginn bereits bestanden hat/haben; oder Schwangerschaft, Entbindung, post-partale Komplikationen und damit einhergehende Folgen.

Erkrankungen, die im Zeitraum zwischen dem Ausfüllen des Antragsformulars und der Antragsannahmebestätigung durch uns auftreten, betrachten wir als Vorerkrankung.

☐ **Ich habe die oben stehende Erklärung gelesen und bestätige mit meiner Unterschrift, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben richtig und vollständig sind für alle zu versichernden Personen.**

☐ Mit meiner Unterschrift gebe ich auch meine Zustimmung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe von personenbezogenen Daten sowie die Vollmacht zur Weitergabe medizinischer Informationen (in einigen gesetzlichen Regelungen bezeichnet als Schweigepflichtentbindung) wie auf den Seiten 10 und 11 aufgeführt. Diese Zustimmung gilt für mich, meine mitzuversichernden Kinder und für die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen.

☐ Ich erteile keine Vollmacht an Personen und Einrichtungen im Rahmen derer Informationen zu meinem Gesundheitszustand und der von ihnen vorgenommenen Heilbehandlungen, gemäss der auf den Seiten 10 und 11 aufgeführten Schweigepflichtentbindung, an die Globality S.A. übermittelt werden könnten. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die entsprechenden Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht entbinde, damit diese die benötigten Informationen an die Globality S.A. übermitteln.

Die Entscheidung für diese Alternative kann

1. den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt bzw. sogar zur Ablehung des Antrags führen.

2. zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Vom Versicherungsvermittler auszufüllen:

Wurden zu den Fragen in diesem Antrag Ihnen gegenüber Angaben gemacht, die nicht in diesem Vordruck festgehalten worden sind? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche?

Die Versicherungsunterlagen sowie alle Informationen bezüglich meines Vertrages sollen versandt werden an:

☐ meine Korrespondenzadresse

☐ den folgenden Versicherungsvermittler, dem ich das Mandat erteilt habe, diese in meinem Namen zu erhalten:

Durch Unterzeichnung dieses Antragsformulars, [bitte die entsprechenden Kästchen ankreuzen]

☐ bestätige ich, dass ich die Allgemeinen Versicherungsbedingungen von Globality YouGenio® World und die auf den Seiten 10, 11 und 12 gedruckten Erklärungen gelesen und verstanden habe (einschließlich der Erklärung in Bezug auf mein Widerrufs- und Datenschutzrecht).

Datenschutz

☐ Ich willige ausdrücklich ein, dass meine Gesundheitsdaten von Globality S.A. und ihren Dienstleistern, einschließlich Gruppenunternehmen, gemäß obiger Datenschutzklausel verarbeitet werden, zwecks Bereitstellung eines Krankenversicherungsschutzes sowie Zurverfügungstellung entsprechender Assistance- und Unterstützungsleistungen. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Wenn ich dieses Kästchen nicht ankreuze und somit der Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten durch Globality S.A. und ihre Dienstleister, einschließlich Gruppenunternehmen, gemäß obiger Datenschutzklausel, zwecks Bereitstellung eines Krankenversicherungsschutzes sowie Zurverfügungstellung entsprechender Assistance- und Unterstützungsleistungen, widerspreche, dann kann Folgendes eintreten:

1. Der Abschluss des Versicherungsvertrags, den ich beantragt habe, kann sich verzögern oder abgewiesen werden, sofern die vorhandenen Informationsquellen die Ermittlung und Beurteilung des Risikos in Zusammenhang mit meinem Antrag unmöglich gestalten.
2. Die Prüfung meiner Ansprüche kann mehr Zeit erfordern, Leistungen können gekürzt werden oder Globality S.A. kann von ihrer Verpflichtung zur Zahlung von Leistungen befreit werden, wenn die Verpflichtung zur Zahlung von Leistungen anhand der vorhandenen Informationsquellen nicht vollständig begründet werden kann.
3. Ich werde in jedem einzelnen Fall entscheiden müssen, ob ich bestimmten Personen oder Institutionen meine Einwilligungserklärung dahingehend erteilen möchte, dass sie Informationen an Globality S.A. weiterleiten dürfen.

☐ Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mir Informationen zu bestimmten Angeboten von Globality S.A. per Post, per E-Mail und per Telefon übermittelt werden. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Sämtliche Personen über 18 Jahre und älter müssen unterzeichnen. Bei Minderjährigen und handlungsunfähigen Erwachsenen muss der befugte bzw. die befugten Rechtsvertreter unterzeichnen. Bitte nur einmal unterschreiben, wenn der Versicherungsnehmer und die versicherte Person identisch sind.

Ort und Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers	Versicherte Person 1
Versicherte Person 2	Versicherte Person 3	Versicherte Person 4

Unterschrift(en) der mitzuversichernden Person(en), ggf. des gesetzlichen Vertreters

Versicherungsvermittler und Nr.	Sub-Vermittler 1, Name und Nr.
Unterschrift des Versicherungsvermittlers	Sub-Vermittler 2, Name und Nr.

Wir können Ihren Antrag bearbeiten wenn er vollständig ausgefüllt wurde.
Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Antrag:

per E-Mail: Scannen Sie den Antrag und mailen ihn an: service-yougenio@globality-health.com

per Fax: Drucken Sie den Antrag aus und faxen Ihn an: +352 270 444 3699

per Post an: Globality S.A., 1A, rue Gabriel Lippmann, L-5365 Munsbach, Luxemburg