

Ontvangen door Foyer Global Health S.A.:
Datum/Behandeld door
Naam verzekeringsmakelaar/-bemiddelaar
Nummer verzekeringsmakelaar/-bemiddelaar

Globality YouGenio® World Verzekeringsaanvraag

Foyer Global Health S.A.
12, rue Léon Laval · L-3372 Leudelange · Luxembourg
Telefoon: +352 270 444 3605, E-mail: service-yougenio@globality-health.com

Handelsregister (R.C.S. Luxembourg): B 134.471

Verzekeringsaanvraag (individuele verzekering)



Let op: Wanneer kolommen niet worden ingevuld, kunnen wij uw aanvraag niet verwerken.
In geval u niet zeker bent, gelieve de Algemene Verzekeringsvoorwaarden te raadplegen.

Hierbij vraag ik een zorgverzekeringscontract aan voor de Globality YouGenio® World-polis voor de te verzekeren personen hieronder vermeld.

A. Persoonlijke gegevens polishouders

- Ik treed alleen op als verzekeringnemer en niet als de verzekerde
 Ik ben zowel polishouder als verzekerde persoon

Begindatum van de verzekeringsdekking (dd/mm/jjjj) <input type="checkbox"/> Vandaag (datum van ondertekening) <input type="checkbox"/> Of specificeer toekomstige startdatum: _____		
Titel	Voornaam	Achternaam
Geslacht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	Geboortedatum (dd/mm/jjjj)	Beroep en sector
Correspondence address	Gebouw/nummer	Straat
	Postcode EN plaats	Land EN regio
Contactgegevens	Mobiel telefoonnummer (+ landcode/netnummer)	
	E-mail	
<input type="checkbox"/> Nieuw (geen eerdere verzekering bij Foyer Global Health S.A.)		<input type="checkbox"/> Voormalige of bestaande klant van Foyer Global Health S.A. Zo ja, geef het nummer/de nummers van de verzekering(en) op.
Nationaliteit		
Land waar de aanvraag is ondertekend		Toekomstige woonplaats (land waar u zal wonen als expat)

Taalcode (alle correspondentie/documentatie wordt in deze taal geleverd)

- Nederlands
 Engels
 Duits
 Frans
 Spaans



Verplicht

B. Te verzekeren personen

Persoon 2

Begindatum van de verzekeringsdekking (dd/mm/jjjj) <input type="checkbox"/> Vandaag (datum van ondertekening) <input type="checkbox"/> Of specificeer toekomstige startdatum: _____		
Titel	Voornaam	Achternaam
Relatie tot polishouder <input type="checkbox"/> partner <input type="checkbox"/> kind		
Geslacht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Geboortedatum (dd/mm/jjjj)	Beroep en sector
Correspondentieadres <input type="checkbox"/> Zelfde adres als polishouder <input type="checkbox"/> Ander adres (hiernaast invoeren a.u.b.)	Gebouw/nummer	Straat
	Postcode EN plaats	Land EN regio
Contactgegevens	Mobiel telefoonnummer (+ landcode/netnummer)	
	E-mail	
<input type="checkbox"/> Nieuw (geen eerdere verzekering bij Foyer Global Health S.A.)		<input type="checkbox"/> Voormalige of bestaande klant van Foyer Global Health S.A. Zo ja, geef het nummer/de nummers van de verzekering(en) op.
Nationaliteit		
Land waar de aanvraag is ondertekend		Toekomstige woonplaats (land waar u zal wonen als expat)

Persoon 3

Begindatum van de verzekeringsdekking (dd/mm/jjjj) <input type="checkbox"/> Vandaag (datum van ondertekening) <input type="checkbox"/> Of specificeer toekomstige startdatum: _____		
Titel	Voornaam	Achternaam
Relatie tot polishouder <input type="checkbox"/> partner <input type="checkbox"/> kind		
Geslacht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Geboortedatum (dd/mm/jjjj)	Beroep en sector
Correspondentieadres <input type="checkbox"/> Zelfde adres als polishouder <input type="checkbox"/> Ander adres (hiernaast invoeren a.u.b.)	Gebouw/nummer	Straat
	Postcode EN plaats	Land EN regio
Contactgegevens	Mobiel telefoonnummer (+ landcode/netnummer)	
	E-mail	
<input type="checkbox"/> Nieuw (geen eerdere verzekering bij Foyer Global Health S.A.)		<input type="checkbox"/> Voormalige of bestaande klant van Foyer Global Health S.A. Zo ja, geef het nummer/de nummers van de verzekering(en) op.
Nationaliteit		
Land waar de aanvraag is ondertekend		Toekomstige woonplaats (land waar u zal wonen als expat)

Persoon 4

Begindatum van de verzekeringsdekking (dd/mm/jjjj) <input type="checkbox"/> Vandaag (datum van ondertekening) <input type="checkbox"/> Of specificeer toekomstige startdatum: _____		
Titel	Voornaam	Achternaam
Relatie tot polishouder <input type="checkbox"/> partner <input type="checkbox"/> kind		
Geslacht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Geboortedatum (dd/mm/jjjj)	Beroep en sector
Correspondentieadres <input type="checkbox"/> Zelfde adres als polishouder <input type="checkbox"/> Ander adres (hiernaast invoeren a.u.b.)	Gebouw/nummer	Straat
	Postcode EN plaats	Land EN regio
Contactgegevens	Mobiel telefoonnummer (+ landcode/netnummer)	
	E-mail	
<input type="checkbox"/> Nieuw (geen eerdere verzekering bij Foyer Global Health S.A.)		<input type="checkbox"/> Voormalige of bestaande klant van Foyer Global Health S.A. Zo ja, geef het nummer/de nummers van de verzekering(en) op.
Nationaliteit		
Land waar de aanvraag is ondertekend		Toekomstige woonplaats (land waar u zal wonen als expat)

C. Tariefplan en dekingsgebieden

Persoon	Tariefplan				Dekingsgebied
	Essential	Classic	Plus	Top	
1	<input type="checkbox"/> Geen eigen risico	Eigen risico: <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £	Eigen risico: <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £ <input type="checkbox"/> 2.500 €/3.250 \$/2.100 £	Eigen risico: <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £ <input type="checkbox"/> 2.500 €/3.250 \$/2.100 £	<input type="checkbox"/> Wereldwijd excl. VSA <input type="checkbox"/> Wereldwijd incl. VSA
2	<input type="checkbox"/> Geen eigen risico	Eigen risico: <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £	Eigen risico: <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £ <input type="checkbox"/> 2.500 €/3.250 \$/2.100 £	Eigen risico: <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £ <input type="checkbox"/> 2.500 €/3.250 \$/2.100 £	<input type="checkbox"/> Wereldwijd excl. VSA <input type="checkbox"/> Wereldwijd incl. VSA
3	<input type="checkbox"/> Geen eigen risico	Eigen risico: <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £	Eigen risico: <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £ <input type="checkbox"/> 2.500 €/3.250 \$/2.100 £	Eigen risico: <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £ <input type="checkbox"/> 2.500 €/3.250 \$/2.100 £	<input type="checkbox"/> Wereldwijd excl. VSA <input type="checkbox"/> Wereldwijd incl. VSA
4	<input type="checkbox"/> Geen eigen risico	Eigen risico: <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £	Eigen risico: <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £ <input type="checkbox"/> 2.500 €/3.250 \$/2.100 £	Eigen risico: <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 250 €/325 \$/210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/650 \$/420 £ <input type="checkbox"/> 1.000 €/1.300 \$/840 £ <input type="checkbox"/> 2.500 €/3.250 \$/2.100 £	<input type="checkbox"/> Wereldwijd excl. VSA <input type="checkbox"/> Wereldwijd incl. VSA

Contractvaluta € \$ £

D. Gegevens vorige dekking en artsen

 **Verplicht: De volgende gegevens (punt 1 EN punt 2) zijn vereist.**


1. Heeft of had u de afgelopen 5 jaar een zorgverzekering (verplichte/particuliere/overheidsverzekering)?


Persoon	Verzekeraar	Polisnummer	Dekking	Begindatum (dd/mm/jjjj)	Einddatum (dd/mm/jjjj)
1 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee			<input type="checkbox"/> Hospitalisatie <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Tandheerkunde		
2 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee			<input type="checkbox"/> Hospitalisatie <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Tandheerkunde		
3 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee			<input type="checkbox"/> Hospitalisatie <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Tandheerkunde		
4 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee			<input type="checkbox"/> Hospitalisatie <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Tandheerkunde		

2. Vermeld de naam en het adres van de arts die het beste aanvullende informatie over uw gezondheid kan geven. Wanneer er meer dan één arts/kliniek is met betrekking tot de personen in deze aanvraag, vermeld eventuele aanvullende gegevens in het tekstvak aan het einde van sectie E of voeg een apart blad toe.

Persoon	Naam arts	Adres van het ziekenhuis/kliniek/arts	Telefoonnr. en E-mail adres
1			
2			
3			
4			

E. Medische geschiedenis (Health questionnaire)

 Gelieve slechts één optie aan te kruisen. Wordt er geen keuze () gemaakt, dan wordt de aanvraag doorgestuurd voor een medische acceptatieprocedure.

Moratoriumdekking alle te verzekeren personen zijn 55 jaar of jonger op de datum van aanvraag (ondertekeningsdatum in gedeelte G). De volgende gezondheidsvragen **moeten niet worden beantwoord**, omdat alle reeds bestaande medische aandoeningen en gerelateerde aandoeningen niet gedekt zijn gedurende een kwalificatieperiode van ten minste 24 maanden. Raadpleeg pagina 12 van de aanvraag voor meer informatie over de moratoriumoptie.  **Als dit de gekozen optie is, gaat u door met het invullen van het gedeelte F.**

Volledige medische acceptatie – Om te beoordelen of de reeds bestaande medische aandoeningen kunnen worden gedekt vanaf de begindatum van de verzekeringspolis, moeten alle onderstaande gezondheidsvragen correct en naar beste weten worden beantwoord. De medische risicobeoordeling kan ertoe leiden dat Foyer Global Health S.A. voorwaarden toevoegt aan de polis, een extra premie in rekening brengt, een uitsluiting toevoegt of de aanvraag/verzekerde persoon afwijst.

Belangrijk: Alle vragen moeten gedetailleerd worden beantwoord. Symptomen, ziekten en de gevolgen van een ongeval moeten worden vermeld, zelfs als u ze als onbelangrijk beschouwt. Streepjes worden niet als antwoord beschouwd. **Mocht u meer ruimte nodig hebben:** Ga dan verder op een apart blad. Vermeld hierop het nummer van de betreffende persoon en verwijst naar dit blad in uw aanvraagformulier. Indien er bepaalde dingen zijn waarvan u niet wilt dat de verzekeringsmakelaar ervan op de hoogte is, dient u de betreffende informatie binnen drie dagen na ontvangst van het aanvraagformulier door Foyer Global Health S.A. **rechtstreeks schriftelijk te verstrekken aan Foyer Global Health S.A.** In dit geval moet u op het aanvraagformulier aangeven dat de informatie apart wordt toegezonden. Indien vragen op deze pagina, die relevant zijn voor de risicoaanvaarding, onjuist of onvolledig worden beantwoord, kunnen wij – voor zover de informatieplicht niet opzettelijk is geschonden – de overeenkomst binnen een maand nadat wij hiervan in kennis zijn gesteld, beëindigen, wanneer wij kunnen bewijzen dat wij het risico in geen geval verzekerd zouden hebben. Wanneer het risico niet juist hebben kunnen inschatten als gevolg van het opzettelijk schenden van de informatie, wordt het contract nietig verklaard. In dat geval dient u alle vergoedingen die u uit hoofde van deze verzekering al hebt ontvangen, terug te betalen. We restitueren geen betaalde premies. **Indien u al bij Foyer Global Health S.A. verzekerd bent**, hoeft u ziekten en behandelingen uit de afgelopen vijf jaar, waarvan Foyer Global Health S.A. via de facturen of medische documenten, in verband met de reeds bestaande verzekeringsovereenkomst, al volledig op de hoogte is, niet te vermelden. Aandoeningen die optreden tussen het ondertekenen van de verzekeringsaanvraag en de bevestiging van aanvaarding door Foyer Global Health S.A. zullen evenzeer beschouwd worden als bestaand. **Het is daarom noodzakelijk dat u ons onmiddellijk inlicht over eventuele concrete wijzigingen in de geleverde informatie die kunnen plaatsvinden tussen het indienen van deze aanvraag en de acceptatie door ons (raadpleeg a.u.b. “Verantwoordelijkheid voor de informatie verstrekt in dit aanvraagformulier”, pagina 10).**

Bestaande aandoeningen:

Bestaande aandoeningen zijn medische aandoeningen waarvoor een of meer symptomen zichtbaar zijn geworden tijdens de 5 jaar voorafgaand aan de start van de dekking met Foyer Global Health S.A., waaronder zwangerschap, bevalling, complicaties na de bevalling en bijbehorende aandoeningen, ongeacht of hiervoor een medische behandeling of advies is gezocht.

Elke medische of tandheelkundige aandoening of bijbehorende aandoening waarvoor u:

- symptomen had of medische behandeling hebt ontvangen;
- advies hebt gezocht of, een arts hebt bezocht voor medische behandeling of advies (inclusief onderzoeken);
- medicatie hebt gebruikt (inclusief zelfzorggeneesmiddelen, alternatieve geneeskunde, speciale diëten, injecties of vitamines) of
- voor zover u kunt nagaan reeds aanwezig waren bij aanvang van de verzekering.

Bestaande aandoeningen kunnen worden gedekt na een volledige medische acceptatieprocedure. Aandoeningen die optreden tussen het ondertekenen van de verzekeringsaanvraag en de bevestiging van aanvaarding door ons acceptatieteam zullen evenzeer beschouwd worden als bestaand. Hierbij bent u verplicht om dergelijke aanvullende, voor ons noodzakelijke informatie op ons verzoek te verstrekken.

Als er al een verzekeringsdekking bestaat of bestond met Foyer Global Health S.A., is het niet nodig om aandoeningen of behandelingen op te geven over de laatste vijf jaar die al volledig bekend zijn bij Foyer Global Health S.A. vanwege het feit dat de facturen of medische attesten reeds zijn voorgelegd aan Foyer Global Health S.A. in combinatie met de eerder bestaande verzekeringsovereenkomst.

 Als u hierboven “Moratorium” hebt gekozen, sla dan de volgende vragenlijst over en ga verder naar deel F.

Nr.	Vragen	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
1	Wat is uw lengte/gewicht?	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg	_____ cm _____ kg
2	Hebt u de afgelopen 12 maanden tabaksproducten gebruikt, waaronder sigaretten, sigaren, pruimtabak of enig andere vorm van tabak? Indien ja, gemiddeld aantal sigaretten/hoeveelheid per dag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee _____
3	Hoeveel eenheden alcohol drinkt u per week? Alcohol: 1 streepje = 1 eenheid, 250 ml bier = 1 eenheid, 1 klein glas wijn = 1 eenheid)	_____	_____	_____	_____
<p>Let op, de onderstaande voorwaarden zijn slechts voorbeelden. Alle medische aandoeningen moeten kenbaar worden gemaakt, ook als ze niet op de lijst staan.</p> <p>Hebt u of een van de personen die onder deze polis moeten vallen de afgelopen 5 jaar: a) een arts of andere gezondheidsdeskundige bezocht, b) een geschiedenis van, geleden onder of opgenomen in een ziekenhuis voor, c) behandeling ontvangen, tests uitgevoerd of onderzoeken gedaan voor het volgende:</p>					
4.1	Hartproblemen of cardiovasculaire afwijkingen (bijv. hoge bloeddruk, angina, pijn op de borst, hartaanvallen, hartinsufficiëntie, abnormale hartslag, hartafwijkingen (aneurysma's, spataderen enz.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4.2	Afwijkingen aan het ademhalingsstelsel (bijv ademhalingsproblemen, astma, COPD, longontsteking, bronchitis, tuberculose, allergieën, afwijking aan het neustussenschot.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4.3	Endocriene afwijkingen (bijv. aandoeningen aan de klieren, diabetes (type 1 of type 2), schildklierproblemen, syndroom van Cushing, ziekte van Addison, ziekte van Graves enz.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4.4	Afwijkingen aan maag-darmstelsel (bijv. maag, darmen, lever- of galblaasproblemen, maagontsteking/-zweren, prikkelbaredarmsyndroom, ziekte van Crohn, darmontsteking, verandering in de ontlasting, aambeien, alveesklierontsteking, leverontsteking, cirrose, galstenen, hernia enz.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4.5	Kanker, tumoren of gezwellen (bijv. poliepen, goedaardige gezwellen, cysten, elke voorstadiumvorm van kanker enz.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4.6	Aandoeningen aan hersenen of zenuwstelsel (bijv. beroerte, dementie, migraine, chronisch hoofdpijn, multiple sclerose, epilepsie/aanvallen, ischias, lage spierspanning, ziekte van Parkinson enz.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4.7	Problemen met huid, haar, nagels (bijv. eczeem, huidontsteking, uitslag, alopecia areata, psoriasis, acne, cysten, moedervlekken die jeuken of bloeden enz.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4.8	Afwijkingen aan het gehoor (oorsuizen, duizeligheid, gehoorstoornis, doofheid)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Problemen met het zicht (bijv. glaucoom, staar, problemen met het hoornvlies, loslaten van het netvlies enz.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Hebt een beperkt gezichtsvermogen met 8 dioptrieën of meer? Indien ja, graag de dioptrie waarde vermelden: rechteroog (RE); linkeroog (LO)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee RE _____ LO _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee RE _____ LO _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee RE _____ LO _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee RE _____ LO _____
4.9	Afwijkingen aan urineweg en voortplantingsorganen (bijv. nierfalen, urineweginfectie, incontinentie; afwijkingen aan testis of prostaat, onvruchtbaarheid, problemen met zwangerschap/bevalling (waaronder keizersnedes), zware of onregelmatige menstruatie, bindweefselvorming, endometriose, abnormale uitstrijkjes, polycysteus ovarium enz.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Nr.	Vragen	Persoon 1	Persoon 2	Persoon 3	Persoon 4
4.10	Bloed-/infectie-/immuunsysteemaandoeningen (bijv. abnormale bloedtests, bloedstollingsproblemen, hoge cholesterol, bloedarmoede, malaria, aandoeningen aan het auto-immuunsysteem enz.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4.11	Psychiatrische/Psychische aandoeningen (bijv. depressie, medisch behandelde stress, angststoornissen, psychische aandoeningen, schizofrenie, compulsieve of eetstoornissen, drugs/alcoholverslaving enz.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4.12	Aandoeningen aan het bewegingsapparaat (bijv. reuma, spit, gewrichtsontsteking, rugproblemen, nek/schouderproblemen, problemen aan kraakbeen en gewrichtsbanden, kunstgewrichten, botbreuken, osteoporose, ontstekingsverschijnselen, verzakking van wervels enz.) Geef aan welke kant het betreft, of het wervelkolomniveau indien van toepassing.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
5	Hebt u fysieke/organische storingen, een chronische ziekte, aangeboren aandoening, een ziekte of verwonding als gevolg militaire dienst of vermindering van de arbeidsproductiviteit of mate van ongeschiktheid die leidt tot permanente ongeschiktheid? Indien ja, gelieve een kopie van de officiële verklaring van invaliditeit bijsluiten.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
6	Bent u ooit positief getest voor of bent u in afwachting van behandelingen, onderzoeken, controles of de resultaten van onderzoeken naar AIDS, HIV, Hepatitis B, C, D?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
7	Zwangerschap: Bent u zwanger? Indien ja, hoeveel weken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
8	Hebt u de afgelopen vijf jaar een klinische of poliklinische operatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
9	Bent u geadviseerd of bent u van plan om een poliklinische/klinische behandeling of onderzoek te ondergaan of ondergaat u momenteel een poliklinische/klinische behandeling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
10	Gebruikt u enige vorm van medicatie (bijv. tabletten, zalf, capsules, siroop, injecties, crèmes, zepillen, inhaleerapparaten of enige medicatie waarvoor geen voorschrift nodig is)? Indien ja, a.u.b. vermelden welke en vermeld de medicatie samen met de diagnoses waarmee deze verband houdt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
11	Tandheelkunde a) Heeft u de afgelopen vijf jaar een tandarts bezocht voor een behandeling of een controle? b) Staat u momenteel onder tandheelkundige behandeling (vermeld uw tandartsgegevens in het onderstaande vakje), worden er gebitselementen gemaakt of vernieuwd, wordt u behandeld voor tandvleesziekte of vindt er een orthodontische behandeling plaats of is zo'n behandeling aanbevolen of gepland? (Indien ja, dan een actueel overzicht van de behandeling en de kosten bijsluiten.) c) Mist u gebitselementen die nog niet vervangen zijn (geldt niet voor melktanden en verstandskiezen, evenals gebitselementen waarvan de openingen zijn opgevuld door aangrenzende gebitselementen)? d) Bent u gediagnosticeerd met parodontitis of andere tandvleesziekten? Indien u b, c of d met Ja heeft beantwoord, wordt u gevraagd een tandheelkundig formulier in te dienen dat u door Globality is toegestuurd. Deze tandheelkundige formulier moet worden ingevuld, ondertekend en gestempeld door een tandarts.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Aanvullende informatie en opmerkingen:**F. Premiebetaling****a) Betalingsfrequentie**

aandelijks
 per kwartaal
 halfjaarlijks
 jaarlijks

b) Betalingsmethode

- Automatische incasso** (van toepassing op euro premies binnen de eurozone*, het Verenigd Koninkrijk en Denemarken of indien het specifiek ondersteund wordt door uw bank). Gelieve het onderstaande SEPA mandaat m.b.t. automatische incasso te vervolledigen en terug te sturen samen met het aanvraagformulier.

*De eurozone bestaat uit: Oostenrijk, België, Cyprus, Estland, Finland, Frankrijk, Duitsland, Griekenland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Nederland, Portugal, Ierland, Slowakije, Slovenië en Spanje

- Premiebetaling via bankoverschrijving**

- Creditcard**

In uw welkomstpakket vindt u een link naar een special beveiligde webpagina, waar u uw creditcardgegevens kan invullen of toestemming kan geven voor een overschrijving, zodat uw verzekering geactiveerd wordt.

G. Verklaringen van de aanvrager en de mee te verzekeren perso(o)n(en)

De volgende punten zijn mij bekend:

Recht van herroeping

U kunt deze verzekeringspolis schriftelijk herroepen binnen 14 kalenderdagen zonder opgave van redenen. Deze 14-daagse periode vangt aan op de dag dat u de verzekeringspolis en de Algemene Verzekeringsvoorwaarden ontvangt. U kunt uw kennisgeving van herroeping voor het einde van deze 14 dagen per post, e-mail of fax versturen om deze deadline te halen.

Indien u deze verzekeringspolis binnen deze periode van 14 dagen herroept, betalen wij alle reeds betaalde premies terug. Indien u uw verzekeringspolis niet binnen deze 14 dagen herroept, wordt uw verzekeringspolis definitief.

U dient uw herroeping te adresseren aan
Foyer Global Health S.A.
12, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange

Wanneer u uw herroeping per E-mail of per fax verstuurt, gelieve deze dan te zenden naar: service-yougenio@globality-health.com of bel +352 / 270 444 3699.

Gevolgen van herroeping

Indien u volgens de daarvoor geldende voorwaarden gebruikmaakt van uw herroepingsrecht, moeten partijen elkaar de ontvangen premies resp. vergoedingen terugbetalen.

Verantwoordelijkheid voor de in de aanvraag verstrekte informatie

Voordat ik verklaar een overeenkomst te willen afsluiten, dien ik de verzekeraar te informeren over alle voor mij bekende omstandigheden waarnaar door de verzekeraar wordt gevraagd, die van belang zijn voor de beslissing van de verzekeraar om de overeengekomen verzekeringsdekking te bieden.

Aandoeningen die optreden tussen het ondertekenen van de verzekeringsaanvraag en de bevestiging van aanvaarding door Foyer Global Health S.A. zullen evenzeer beschouwd worden als bestaand.

Wij vestigen uw aandacht op de informatie op pagina 4 tot 8 over de juridische gevolgen van een onjuiste beantwoording van de vragen over uw gezondheidstoestand.

Toepasselijke recht

De verzekeringspolis is onderworpen aan de wetgeving van het Groothertogdom Luxemburg, in zoverre er geen andere wetgeving van een geldend nationaal rechtssysteem in strijd is met de wet van het Groothertogdom Luxemburg.

Toezichthoudende instantie

Foyer Global Health S.A. staat onder toezicht van het Commissariat aux Assurances
11, rue Robert Stumper
L-2557 Luxembourg

Klachtenprocedure

Klachten kunnen worden gericht aan Foyer Global Health S.A. of aan de ombudsman voor verzekeringszaken (A.C.A. – Association des Compagnies d'Assurance – in samenwerking met de U.L.C. – Union Luxembourgeoise des Consommateurs) of aan de toezichthoudende instantie voor het verzekeringswezen in Luxemburg, het Commissariat aux Assurances.

Uitbesteding van en toestemming voor de overdracht van Persoonlijke Gegevens

De polishouder begrijpt dat ten behoeve van het verschaffen van de verzekeringsdekking en daaraan verbonden hulpdiensten, Foyer Global Health S.A. bepaalde aan de uitvoering van het contract gerelateerde taken, functies en/of diensten zal uitbesteden, waaronder de behandeling van claims en klachten, betalingen en gegevensverzameling (de 'Uitbestede Diensten'). Uitbesteding vindt uitsluitend plaats aan derden (de 'Dienstverleners') die zijn gevestigd in landen waar de FATF* geen specifieke risico's identificeert in het kader van het toezicht op rechtsgebieden (de 'Landen van Uitbesteding').

*De FATF (Financial Action Task Force) is een erkend intergouvernementeel orgaan dat normen vaststelt voor het internationale financiële stelsel. Ga voor een lijst van uitgesloten landen naar <http://www.fatf-gafi.org/countries/#high-risk>

In deze context gaat de polishouder ermee akkoord dat Foyer Global Health S.A. persoonlijke gegevens van de polishouder, de verzekerde en/of de begunstigden van de verzekeringsovereenkomst, waaronder identificatiegegevens, contactgegevens, verzekerings- en medische gegevens, bank-, krediet- en vermogensgegevens (de 'Persoonlijke Gegevens') overdraagt of beschikbaar stelt aan de Dienstverleners in de Landen van Uitbesteding.

Medische gegevens worden uitsluitend door Foyer Global Health S.A. overgedragen conform specifieke bepalingen ten aanzien van medisch geheim en daaraan gerelateerde bepalingen. Informatie betreffende de Dienstverleners kan worden geraadpleegd op de website en op het hoofdkantoor van Foyer Global Health S.A. De polishouder accepteert dat de Persoonlijke Gegevens, Landen van Uitbesteding, Uitbestede Diensten en Dienstverleners van tijd tot tijd kunnen worden aangepast of gewijzigd. De polishouder wordt van dergelijke aanpassingen of wijzigingen op de hoogte gesteld conform de in de algemene voorwaarden van de verzekering vastgelegde afspraken betreffende informatievoorziening.

Bovengenoemde instemming kan door de polishouder worden ingetrokken door middel van een brief gericht aan de Data Protection Officer van Foyer Global Health S.A., 12, rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, of per e-mail via dataprotection@globality-health.com. Een dergelijke intrekking staat gelijk aan onmiddellijke beëindiging van de verzekeringspolis op initiatief van de polishouder.

Gegevensbescherming

In overeenstemming met de toepasselijke regelgeving betreffende gegevensbescherming worden de Betrokkenen, onder wie tevens de verzekerde(n) en de polishouder (de 'Betrokkenen'), geïnformeerd dat hun persoonlijke gegevens door de verzekeraar, Foyer Global Health S.A., worden verwerkt. Verwerking geschiedt uitsluitend ten behoeve van het toekennen van de verzekeringsdekking, de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst (waaronder het verschaffen van dekking of de uitbetaling van een claim, beheer van het risico verbonden aan de verzekeringsdekking via herverzekering, etc.), het verstrekken van de gerelateerde bijstand, adviezen en ondersteuning (waaronder contact opnemen met een Dienstverlener voor repatriëring, hulp bij het vinden van een geschikte medische hulpverlener, etc.) en naleving van de geldende wet- en regelgeving in verband met de opsporing van fraude, antiwitwasregels en de voor de verzekeringsmaatschappij geldende reglementaire vereisten, waaronder die van de wet van 7 december 2015 betreffende de verzekeringssector, als laatstelijk gewijzigd. Foyer Global Health S.A. verwerkt persoonlijke gegevens eveneens als dat noodzakelijk is uit oogpunt van haar rechtmatige belangen, zoals het waarborgen van IT-beveiliging en IT-activiteiten, het uitvoeren van marketingactiviteiten, enquêtes en vragenlijsten en het voorkomen en onderzoeken van strafbare feiten. De verstrekte gegevens

mogen ook door Foyer Global Health S.A. worden gebruikt voor het nemen van geautomatiseerde beslissingen, in het bijzonder betreffende het aangaan of annuleren van een overeenkomst, mogelijke risico-uitsluiting of uitkeringsverplichtingen.

Persoonlijke gegevens die worden verwerkt zijn onder meer identificatiegegevens en contactgegevens, verzekerings- en medische gegevens, bank- en kredietgegevens (de 'Persoonlijke Gegevens'). De Persoonlijke Gegevens worden rechtstreeks verkregen van de Betrokkenen of van de assurantietussenpersoon van de Betrokkenen. In bepaalde gevallen kunnen medische gegevens worden verkregen van medische Dienstverleners en hun medewerkers en kunnen verzekeringsgegevens worden verkregen van andere verzekeringsmaatschappijen en wettelijke zorgverzekeringsinstellingen indien de Betrokkenen met vrijgave van dergelijke informatie hebben ingestemd. De verwerking van medische gegevens is vereist voor de verzekeringsdiensten (zoals evaluatie van de gedekte risico's, afstemming van de juiste polis/premie, beoordeling of de gevraagde verzekeringsdekking kan worden verschaft, etc.) en voor het beheer van claims. Voor het vaststellen van kredietwaardigheid kan informatie betreffende de Betrokkenen ook worden verstrekt door kredietbeoordelaars die beschikken over schuldregisters en insolventieregisters van particulieren.

Foyer Global Health S.A. kan Persoonlijke Gegevens delen met Dienstverleners, waaronder groepsbedrijven, ten behoeve van de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst en het verstrekken van bijstand, advies en ondersteuning in de landen waar de verzekerde(n) medische dekking, ondersteuning en hulp nodig heeft/hebben. De Dienstverleners kunnen zijn gevestigd in landen die niet eenzelfde niveau van bescherming bieden als wordt gewaarborgd volgens Luxemburgs recht of andere Europese normen voor gegevensbescherming. Om die reden heeft Foyer Global Health S.A. passende contractuele afspraken gemaakt met de Dienstverleners, zodat ze voldoende waarborgen kan bieden ten aanzien van de verwerking en bescherming van persoonlijke gegevens. Een exemplaar van dergelijke contracten kan worden geraadpleegd op de statutaire vestigingsplaats van Foyer Global Health S.A. Informatie over de identiteit en de statutaire vestigingsplaatsen van externe gegevensverwerkers kan te allen tijde bij Foyer Global Health S.A. worden opgevraagd. Foyer Global Health S.A. kan Persoonlijke Gegevens ook delen met andere Dienstverleners, zoals haar herverzekeraar, banken, accountants en juridisch adviseurs, en eveneens met regelgevende of gerechtelijke instanties.

Betrokkenen hebben het recht te vragen om inzage in hun Persoonlijke Gegevens. Ze kunnen eisen dat hun Persoonlijke Gegevens worden gecorrigeerd als die onjuist blijken te zijn. Betrokkenen mogen ook verzoeken dat hun Persoonlijke Gegevens worden gewist of gegevensverwerking wordt beperkt indien voor de bewaring of verwerking van de gegevens geen legitieme reden meer bestaat.

Betrokkenen hebben verder het recht om bezwaar te maken tegen de verwerking van Persoonlijke Gegevens voor marketingdoeleinden. Als de verwerking van Persoonlijke Gegevens wordt uitgevoerd door Foyer Global Health S.A. omdat dit noodzakelijk is uit oogpunt van haar rechtmatige belangen, hebben Betrokkenen eveneens het recht daar bezwaar tegen te maken op grond van hun specifieke situatie.

Het recht op gegevensportabiliteit wordt verleend op grond van de relevante voorwaarden in de toepasselijke voorschriften voor gegevensbescherming. Betrokkenen kunnen hun rechten uitoefenen door Foyer Global Health S.A. te schrijven via dataprotection@globality-health.com.

Betrokkenen hebben het recht om een klacht in te dienen bij een toezichthoudende autoriteit.

Persoonlijke Gegevens worden bewaard voor de gehele duur van de contractuele relatie en na afloop daarvan, tot het moment waarop alle wettelijke claims zijn verjaard.

De verstrekking van de Persoonlijke Gegevens, waaronder medische gegevens, is vereist voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst en de uitkering naar aanleiding van een claim. Het niet verstrekken van voldoende, juiste en bijgewerkte gegevens kan ertoe leiden dat Foyer Global Health S.A. geen verzekeringsdekking biedt.

Contact opnemen met Foyer Global Health S.A. kan per post via het adres vermeld in het briefhoofd van de statutaire vestiging of per e-mail via dataprotection@globality-health.com.

Verwerking van medische gegevens en toestemming voor toegang tot medische gegevens

Betrokkenen worden geïnformeerd dat Foyer Global Health S.A. en haar Dienstverleners, waaronder groepsbedrijven, ingevolge de bovengenoemde bepaling omtrent gegevensbescherming medische gegevens kunnen verwerken teneinde ziektekostenverzekering en de bijbehorende bijstand en ondersteuning te kunnen bieden. Door ondertekening van deze verklaring van toetreding kunnen Betrokkenen uitdrukkelijk instemmen met verwerking van hun medische gegevens. Het intrekken van dergelijke instemming heeft geen gevolgen voor de gegevensverwerking die voorafgaand aan de intrekking heeft plaatsgevonden.

Instemming met het verstrekken van medische gegevens

Door ondertekening van deze aanvraag voor ziektekostenverzekering verleen ik de rechtmatige toestemming aan artsen, verpleegkundigen en ander medisch personeel, evenals werknemers van ziekenhuizen, klinieken, verzorgingstehuizen, particuliere verzekeringsmaatschappijen, wettelijke ziektekostenverzekeringsinstellingen, bedrijfsverenigingen en overheidsinstanties vermeld in de door Foyer Global Health S.A. gepresenteerde documenten of betrokken bij de medische behandeling, om gegevens betreffende mijn gezondheid en behandeling (met inbegrip van doodsoorzaak) door te geven aan Foyer Global Health S.A. teneinde beoordeling mogelijk te maken van het medisch risico gepaard gaande met het aangaan van de overeenkomst en verificatie van mijn rechten ingevolge de verzekeringsovereenkomst.

Door ondertekening van deze aanvraag voor ziektekostenverzekering verleen ik eveneens de rechtmatige toestemming die Foyer Global Health S.A. in staat stelt informatie betreffende mijn gezondheid en behandeling of mijn verzekeringsdekking door te geven aan andere bedrijven in de herverzekeraarsgroep, medische zorgverleners en partners die samenwerken met Foyer Global Health S.A.

Deze instemming kan op elk moment worden ingetrokken, hetzij door middel van een brief gericht aan de Data Protection Officer van Foyer Global Health S.A., 12, rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, dan wel per e-mail via dataprotection@globality-health.com.

Foyer Global Health S.A. verbindt zich ertoe dergelijke informatie uitsluitend door te geven aan derden voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst, het verschaffen van verzekeringsdekking en het verlenen van bijstand, advies en ondersteuning. Bovengenoemde instemming blijft van kracht na mijn dood en blijft geldig voor mijn te verzekeren kinderen en te verzekeren andere personen die ik krachtens de wet vertegenwoordig.

Ik stem er eveneens mee in, onder voorbehoud van intrekking op elk gewenst moment, dat Foyer Global Health S.A. ten behoeve van de vaststelling van mijn kredietwaardigheid, informatie mag verkrijgen uit het Bedrijvenregister, het Schuldenarenregister en het Insolventieregister Particulieren, hetzij rechtstreeks hetzij via kredietinformatiebureaus.

Begindatum van de verzekering

De verzekering begint op het in de verzekeringspolis vermelde tijdstip (begin van de verzekering), maar niet voordat u de eerste premie hebt betaald, noch voor de eventuele wachttijden zijn verstreken.

We dekken geen verzekerde gevallen die zich voordoen voor het begin van de verzekering. Bij wijzigingen aan de verzekeringspolis gelden de in deze paragraaf vermelde bepalingen voor het nieuwe gedeelte van de verzekering.

Toepasselijke documenten

De voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst worden bepaald door de verzekeringspolis, het aanvraagformulier, de Algemene Verzekeringvoorwaarden voor Globality YouGenio® World, de bijzondere voorwaarden en alle mogelijke bijlagen tot deze bijzondere voorwaarden.

Bij geschillen met betrekking tot de verzekering, diens dekking en de voorwaarden gelden de Engelstalige versies van de Algemene Verzekeringvoorwaarden en andere relevante papieren en documentatie.

Zodra ik het aanvraagformulier heb ondertekend, ontvang ik een kopie van dit formulier.

Wijzigingen

Wijzigingen van de verzekeringspolis zijn alleen mogelijk aan het begin van het volgende verzekeringsjaar (valuta, vrijstelling, tariefplan), en als we akkoord gaan.

Afhankelijk van het overeengekomen polistype zijn de wachttijden op de aanvullende verzekeringsovereenkomstige toepassing. Ziekten en de gevolgen daarvan, evenals de gevolgen van ongevallen die hebben plaatsgevonden tijdens de voorafgaande verzekeringsperiode en die een verhoogd risico vormen volgens de medische inzichten kunnen worden uitgesloten van de uitgebreidere verzekeringsovereenkomst.

Daartoe behoren tevens de behandeling en bevalling die gekoppeld zijn aan een bestaande zwangerschap.

Indien er vóór de wijziging van de verzekering risicotoeslagen moesten worden betaald, worden de premies van de nieuwe verzekering verhoogd met toeslagen van hetzelfde percentage als de oude verzekering, tenzij anders is overeengekomen. De premietoelagen veranderen in dezelfde mate als de premies (bijv. bij aanpassing van de premies).

Indien een omzetting niet van kracht wordt, omdat er gebruik wordt gemaakt van het recht van herroeping, blijft de eerder bestaande verzekeringsovereenkomst van kracht.

Na wijziging van het type dekking wordt de verzekeringsperiode van de oude verzekering geacht voor de nieuwe verzekering door te lopen.

Het verzekeringsjaar blijft na omzetting ongewijzigd.

Personen die voor verzekering in aanmerking komen

Omdat ik tijdelijk maar voor ten minste drie maanden in het buitenland verblijf, kom ik in aanmerking voor verzekering of zal ik daarvoor op de begindatum van de verzekering in aanmerking komen. Het is mij bekend dat gezinsleden/mijn levenspartner alleen kunnen worden meeverzekerd voor zover zij volgens de bepalingen van de Algemene Verzekeringvoorwaarden eveneens voor verzekering in aanmerking komen; zij worden niet automatisch meeverzekerd.

Eerdere verzekering

Gegevens over eerdere ziekteverzekeringen of over de status van het staatsgezondheidsstelsel van de afgelopen 5 jaar (inclusief verplichte wettelijke/particuliere/publieke ziekteverzekering) voor intramurale, poliklinische en tandheelkundige dekking moeten door Foyer Global Health S.A. worden verstrekt door de verzekerde.

Aanvraag en acceptatie van uw verzekeringsaanvraag

Het aanvraagformulier is niet bindend voor u of Foyer Global Health S.A. om een contract op te stellen. Binnen de 30 dagen na ontvangst van het aanvraagformulier zullen wij u informeren ivm een verzekeringsofferte, de onderwerping van de verzekering aan een vragenlijst of onderzoek of het weigeren tot verzekering. Wij openen de polis in de veronderstelling dat u alle vóór afsluiting van de verzekering gestelde vragen waarheidsgetrouw en volledig hebt beantwoord ('precontractuele informatieplicht').

De verzekeringsovereenkomst is alleen geldig wanneer de aanvraag schriftelijk door de verzekeraar is geaccepteerd en de verzekeringspolis is afgegeven. Betaling van de eerste premie aan de verzekeringsmakelaar vormt geen acceptatie van de aanvraag.

Vervaldag van de eerste premie

De in de verzekeringspolis vermelde premie is een maandpremie die vooraf dient te worden betaald. Een door ons verlangde verzekeringsgeneeskundige toeslag dient apart te worden vermeld. De eerste premie of eerste deelpremie dient onmiddellijk te worden voldaan nadat wij uw verzekeringsaanvraag hebben aanvaard door toezending van de verzekeringspolis.

Duur van de overeenkomst

De verzekeringsovereenkomst wordt aangegaan voor één jaar en wordt na afloop van ieder verzekeringsjaar telkens automatisch verlengd met een volgende periode van twaalf maanden, tenzij u uiterlijk drie maanden voor afloop van het verzekeringsjaar bezwaar maakt tegen verdere verlenging.

Moratorium

In plaats van een volledige medische dekking te voorzien, kunt u ook kiezen voor een moratoriumclausule indien de verzekerde persoon 55 jaar of jonger is.

In dat geval wordt elke bestaande ziekte die een verzekerde persoon de voorbije vijf jaar heeft gehad, gedekt na een continue periode van twee jaar zonder medische behandeling, symptomen, advies of medicatie met betrekking tot de bestaande ziekte. Indien een verzekerde persoon met betrekking tot een bestaande ziekte een behandeling, advies of medicatie heeft gekregen tijdens de eerste twee jaar van de dekking, kan de periode van twee jaar (zonder behandeling, advies of medicatie) opnieuw beginnen voor die bestaande ziekte. We dekken dan alle nieuwe ziekten die hiermee geen verband houden onmiddellijk.

Bestaande ziekten

Een medische toestand die voor aanvang van de verzekering al aanwezig was. In het kader van deze definitie betekent een medische toestand:

- een medische, tandheelkundige ziekte of aanverwante ziekte waarvoor u een medische behandeling hebt gekregen, waarvan u symptomen hebt gehad, waarover u advies hebt gevraagd, waarvoor u een arts hebt geraadpleegd voor medische behandeling (inclusief check-ups), of medicatie hebt genomen (inclusief geneesmiddelen, medicijnen, speciale diëten of injecties), of die naar eigen weten reeds bestonden bij het begin van de verzekering; of
- zwangerschap, bevalling, complicaties na de geboorte en aanverwante gevolgen.

We behandelen ziekten die zijn ontstaan tussen het invullen van het aanvraagformulier en onze bevestiging dat we de aanvraag aanvaarden als 'bestaande'.

- **Ik heb bovenstaande verklaring gelezen en door dit formulier te ondertekenen bevestig dat de verstrekte informatievein deze aanvraag correct en volledig is voor alle te verzekeren personen. Bevestig ik dat ik de Algemene Verzekeringsvoorwaarden van Globality YouGenio® World en de op pagina's 10, 11 en 12 afgedrukte verklaringen (waaronder de verklaring betreffende mijn intrekingsrecht en gegevensbescherming) heb gelezen en begrepen.**

Opheffing van het medisch beroepsgeheim

Door ondertekening van dit aanvraagformulier,

- Ik geef toestemming aan professionele geheimhoudingsplicht om Foyer Global Health S.A. persoonlijke medische informatie te geven, zoals nader beschreven op pagina's 10 en 11.

Indien ik deze toestemming niet geef, begrijp ik dat,

1. Ik telkens zal moeten beslissen of ik al dan niet toestemming geef aan de vermelde personen of instellingen om informatie aan Foyer Global Health S.A. door te geven.
2. kan de beoordeling van mijn vergoedingsaanvragen langer duren, kunnen vergoedingen worden verlaagd en kan de verzekeraar worden ontslagen van zijn verplichting tot het terugbetalen van kosten indien op basis van de beschikbare informatiebronnen niet of slechts tot op zekere hoogte kan worden bepaald of hij tot het terugbetalen ervan verplicht is.

In te vullen door de verzekeringstussenpersoon:

Indien ja, vermeld a.u.b. de details:

Heeft de verzekerde persoon bij de beantwoording van de vragen in dit formulier informatie verstrekt die niet in dit aanvraagformulier is opgenomen? Nee Ja

Alle informatie en documenten in verband met mijn polis zullen opgestuurd worden:

- naar mijn correspondentieadres
- naar de volgende verzekeringstussenpersoon, aan wie ik toestemming geef om ze namens mij te ontvangen:

Gegevensbescherming

- Ik stem er uitdrukkelijk mee in dat Foyer Global Health S.A. en haar Dienstverleners, waaronder groepsbedrijven, ingevolge de bovengenoemde bepaling omtrent gegevensbescherming mijn medische gegevens verwerken teneinde ziektekostenverzekering en de bijbehorende bijstand en ondersteuning te kunnen bieden. Deze instemming kan op elk moment worden ingetrokken.

Ik besef, dat als ik weiger om dit vakje aan te vinken en zodoende niet instem met de verwerking van mijn medische gegevens ingevolge de bovengenoemde bepaling omtrent gegevensbescherming door Foyer Global Health S.A. en haar Dienstverleners, waaronder groepsbedrijven, teneinde ziektekostenverzekering en de bijbehorende bijstand en ondersteuning te kunnen bieden: Het sluiten van de door mij aangevraagde verzekeringsovereenkomst kan worden vertraagd of geweigerd indien de resterende informatiebronnen niet toelaten om het met mijn aanvraag gepaard gaande risico te onderzoeken en te beoordelen.

Direct Marketing

- Hierbij stem ik ermee in dat speciale aanbiedingen van Foyer Global Health S.A. schriftelijk, elektronisch en telefonisch aan mij kunnen worden gericht. Deze instemming kan op elk moment worden ingetrokken.

Alle personen van 18 jaar en ouder zijn verplicht te ondertekenen. Voor minderjarigen en onbekwame volwassenen dient ondertekening te geschieden door de bevoegde wettelijke vertegenwoordiger(s). Gelieve slechts één keer te tekenen indien polishouder en verzekerde dezelfde persoon zijn.

--	--	--

Plaats en datum

Handtekening van polishouder

Verzekerde persoon 1 (indien dit verschilt van de verzekeringsnemer/polishouder)

--	--	--

Verzekerde persoon 2

Verzekerde persoon 3

Verzekerde persoon 4

Handtekening(en) van meeverzekerde perso(o)n(en) of hun wettelijke vertegenwoordiger(s)

--	--

Naam en nr. van verzekeringstussenpersoon

Naam en nr. van tussenpersoon 1

--	--

Handtekening van verzekeringstussenpersoon

Naam en nr. van tussenpersoon 2

Wanneer documentvelden niet worden ingevuld, kunnen wij uw aanvraag niet verwerken.

Stuur uw volledig ingevulde aanvraagformulier terug naar:

E-mail: Scannen en versturen naar: service-yougenio@globality-health.com

Fax: Afdrukken en versturen naar: +352 270 444 3699

Als alternatief kunt u dit per post verzenden naar: Foyer Global Health S.A., 12, rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, Luxembourg