

Eingang bei der Foyer Global Health S.A.:

Datum/ Sachbearbeiter

Beitrittserklärung zur Gruppenversicherung

Globality CoGenio®

Foyer Global Health S.A.

12, rue Léon Laval · L-3372 Leudelange

Tel.: +352 270 444 3502, E-Mail: service-cogenio@globality-health.com

Handelsregister (RCS Luxembourg): B 134.471

Beitrittserklärung zur Gruppenversicherung

Ich erkläre den Beitritt/ beantrage die Mitversicherung der unter Person 1, 2, 3 und 4 aufgeführten Personen zum Gruppenvertrag mit der Gruppenvertragsnummer

Der Gruppenversicherungspartner ist Versicherungsnehmer.

A. Angaben zum Beitretenden (Person 1)

Vorname(n)	Nachname	Titel		Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)		Versicherungsbeginn	
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Nationalität	Beruf			Berufsstatus		
Gebäude/ Stockwerk	Straße und Hausnummer		PLZ und Ort			Land und Region	
Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)		Telefax (+ Landes- und Ortsvorwahl)			E-Mail		
<input type="checkbox"/> Neu, noch nicht Kunde der Foyer Global Health S.A.		<input type="checkbox"/> Früherer oder aktueller Kunde von Foyer Global Health S.A. Falls ja, bitte Vers.-Nummer(n) angeben.					
Korrespondenzanschrift <input type="checkbox"/> wie oben <input type="checkbox"/> abweichend:	Gebäude/ Stockwerk	Straße und Hausnummer		PLZ und Ort		Land und Region	

B. Angaben zu den versicherten Personen

Person	Vorname(n)	Nachname	Titel	Ehe-partner	Lebens-partner	Kind	Geburtsdatum	Geschlecht m w		Natio-nalität (en)	Beruf	Versicherungsbeginn
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

C. Weitere Angaben zu den versicherten Personen

Zukünftiges Aufenthaltsland (in dem Sie als Expat leben werden):

Heimatland:

Aktuelles Aufenthaltsland (in dem Sie sich zum Zeitpunkt der Antragsstellung aufhalten):

Vertrags-/ Kommunikations-sprache:
 Alle erforderlichen Informationen werden in dieser Sprache zur Verfügung gestellt:
 Deutsch Englisch
 Französisch Spanisch
 Niederländisch

D. Tarifstufen und Zielregionen für Globality CoGenio®

Person	Tarifstufe	Selbstbeteiligung			Zielregion	Beitrag (monatlich) in <input type="checkbox"/> € <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/> £
1	<input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> 250 €/ 325 \$/ 210 £	<input type="checkbox"/> 500 €/ 650 \$/ 420 £	<input type="checkbox"/> 1000 €/ 1300 \$/ 840 £	<input type="checkbox"/> Ohne USA <input type="checkbox"/> Mit USA
2	<input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> 250 €/ 325 \$/ 210 £	<input type="checkbox"/> 500 €/ 650 \$/ 420 £	<input type="checkbox"/> 1000 €/ 1300 \$/ 840 £	<input type="checkbox"/> Ohne USA <input type="checkbox"/> Mit USA
3	<input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> 250 €/ 325 \$/ 210 £	<input type="checkbox"/> 500 €/ 650 \$/ 420 £	<input type="checkbox"/> 1000 €/ 1300 \$/ 840 £	<input type="checkbox"/> Ohne USA <input type="checkbox"/> Mit USA
4	<input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> 250 €/ 325 \$/ 210 £	<input type="checkbox"/> 500 €/ 650 \$/ 420 £	<input type="checkbox"/> 1000 €/ 1300 \$/ 840 £	<input type="checkbox"/> Ohne USA <input type="checkbox"/> Mit USA
Gesamtbeitrag (für alle Personen)						<input type="text"/>

E. Vorversicherung

Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren ein anderer Krankenversicherungsschutz (einschließlich gesetzlicher/privater Versicherung)?

Person	Versicherer		Stationär	Ambulant	Zahn	Zeitraum (von - bis/ Monat-Jahr)
1	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

F. Fragen zur Gesundheit

Auf Grundlage Ihrer Antworten, werden Sie darüber informiert, ob eventuell Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse im Rahmen Ihres Versicherungsschutzes Anwendung finden.

Einige dringende Bitten an den Beitretenden und Hinweise (s. auch „Verantwortlichkeit für den Inhalt der Beitrittserklärung“, Seite 5):

Alle Fragen sind ausführlich zu beantworten. Geben Sie 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 der Beitrittserklärung auf dieses Blatt hin. Falls Sie dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, ist es erforderlich, diese gegenüber der Foyer Global Health S.A. **innerhalb von drei Tagen schriftlich nachzuholen**; bitte weisen Sie dann in der Beitrittserklärung auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin. Werden die auf Seite 2 gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, können wir bei nichtvorsätzlicher Verletzung der Anzeigepflicht innerhalb eines Monats nach Kenntnisnahme von der Anzeigepflichtverletzung ein neues Angebot erstellen, das dem erhöhten versicherungsmedizinischen Risiko Rechnung trägt (Risikozuschlag oder Leistungsausschluss). Das neue Angebot muss innerhalb eines Monats nach Erhalt angenommen werden. Wird das Angebot binnen dieser Frist nicht angenommen, so haben wir das Recht, das Versicherungsverhältnis zu beenden. Das Versicherungsverhältnis ist nichtig, wenn durch vorsätzliche Verletzung der Anzeigepflicht die Beurteilung des Risikos derart verändert wird, dass wir den Versicherungsschutz bei Kenntnis des verschwiegenen Umstandes nicht zu denselben Bedingungen abgeschlossen hätten. In diesem Fall sind Sie verpflichtet, empfangene Versicherungsleistungen zurückzuzahlen. Gezahlte Beiträge bleiben uns erhalten. Erkrankungen, die zwischen dem Unterzeichnen der Beitrittserklärung und der Bestätigung durch die Foyer Global Health S.A. auftreten, werden ebenfalls als Vorerkrankung betrachtet. **Daher ist es notwendig, dass Sie uns über jegliche Änderungen der gemachten Angaben zwischen Einreichung der Beitrittserklärung und deren Annahme durch uns informieren.**

Falls Versicherungsschutz bei Foyer Global Health S.A. bereits vorliegt oder vorlag, müssen keine Angaben zu Vorerkrankungen oder Behandlungen während der letzten fünf Jahre gemacht werden, sofern diese Foyer Global Health S.A. im Zusammenhang mit dem bisherigen Versicherungsvertrag bereits vollständig bekannt sind mittels bei Foyer Global Health S.A. eingereichten Rechnungen oder ärztlichen Bescheinigungen.

Größe und Gewicht	Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
	in cm / in kg							
	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
1. Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen oder haben Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Werden Arzneimittel (z. B. Tabletten, Salben) angewendet? Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist eine ambulante/stationäre Behandlung oder Untersuchung angedacht oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurden Sie jemals positiv getestet auf AIDS, HIV, Hepatitis B, C, D, oder warten Sie auf eine Behandlung, Untersuchung, Kontrolle, oder auf Testergebnisse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Besteht eine Fehlsichtigkeit von 8 Dioptrien oder mehr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Besteht ein körperlicher/organischer Fehler, ein chronisches Leiden, eine Wehrdienstbeschädigung, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit/eine Behinderung (Grad)? Wenn ja, bitte Bescheid beifügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Waren Sie in den letzten fünf Jahren zwecks Behandlung oder zur Routinekontrolle beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähne sowie Zähne, bei denen die Lücken durch benachbarte Zähne geschlossen wurden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wurde bei Ihnen Parodontose oder eine andere parodontale Erkrankung diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	Frage	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (was wurde festgestellt?); Höhe der Dioptrienwerte? Frage 12: Welche Maßnahmen?	Zeitraum der Behandlungen/Beschwerden (von - bis/Monat-Jahr)	Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser: Wer kann Auskunft geben?	Seit wann behandlungs-/beschwerdefrei?

Bitte geben Sie nachstehend Name und Anschrift des Hausarztes oder Arztes an, der am besten über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse orientiert ist:

G. Besondere Vereinbarungen* bzw. Bemerkungen

*Bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Foyer Global Health S.A.

H. Zahlungsmodalitäten

Beitragszahlung durch <input type="checkbox"/> Beitretenden <input type="checkbox"/> Gruppenvertragspartner	Zahlungsweise <input type="checkbox"/> Monatlich <input type="checkbox"/> Vierteljährlich <input type="checkbox"/> Halbjährlich <input type="checkbox"/> Jährlich
Zahlungsform <input type="checkbox"/> Beitragsüberweisung	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 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. <small>*Zur Eurozone gehören: Belgien, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, Irland, Lettland, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Portugal, Slowakei, Slovenien, Spanien, Zypern.</small>	

I. Rückerstattungen

Geben Sie bitte ein Konto zwecks Leistungszahlung des Versicherers an, 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) Foyer Global Health S.A., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Foyer Global Health 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 * 1
Name des Kontoinhabers

Anschrift des Zahlungspflichtigen * 2
Straße und Hausnummer

* 3
Postleitzahl Ort

* 4
Land

IBAN des Zahlungspflichtigen * 5
Internationale Bankkontonummer – IBAN des Zahlungspflichtigen

* 6
BIC / SWIFT Code des Instituts des Zahlungspflichtigen

Name des Zahlungsempfängers ** 7
Name des Zahlungsempfängers

** 8
Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers / Gläubiger-Identifikationsnummer

** 9
Straße und Hausnummer

** 10
Postleitzahl Ort

** 11
Land

Zahlungsart * Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung 12

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

Name des Versicherungsnehmers 13
Vorname und Name

Policen Nummer / Versicherungsnummer falls bekannt 14

Unterzeichnet in* Datum * 15
Ort

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen* **X**

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

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

Erklärungen des Beitretenden und der zu versichernden Person(en)

Mir ist bekannt

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen innerhalb von 14 Tagen schriftlich widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag, an dem Ihnen der Versicherungsausweis sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugegangen sind. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs per Post, E-Mail oder Telefax. Der Widerruf ist zu richten an Foyer Global Health S.A., 12, rue Léon Laval, L-3372 Leudelange. Bei einem Widerruf per E-Mail oder per Telefax ist dieser zu richten an service-cogenio@globality-health.com, +352 270 444 3599.

Widerrufsfolgen

Üben Sie das Widerrufsrecht wirksam aus, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Haben Sie zugestimmt, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, haben wir Ihnen nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags innerhalb von 30 Tagen zu erstatten.

Verantwortlichkeit für den Inhalt der Beitrittserklärung

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 in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzeigen.

Zu den Rechtsfolgen bei unrichtiger Beantwortung der Gesundheitsfragen verweisen wir auf die Ausführungen zu Fragen zur Gesundheit auf Seite 2.

Anwendbares Recht

Soweit nicht nationale Vorschriften die Anwendung eines anderen Rechts bedingen oder vertraglich die Anwendung eines anderen Rechts vereinbart wurde, unterliegt das Versicherungsverhältnis dem Recht des Großherzogtums Luxemburg.

Aufsichtsbehörde

Etwaige Beschwerden können an die Foyer Global Health 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.

Datenschutz

In Übereinstimmung mit den geltenden Datenschutzbestimmungen werden die Betroffenen Personen, einschließlich der versicherten Person(en) und der/s Versicherungsnehmer/s (die „Betroffenen Personen“) darüber informiert, dass ihre Personenbezogenen Daten durch den Versicherer, Foyer Global Health S.A., verarbeitet werden. Dies geschieht ausschließlich zu Zwecken der Gewährung des Versicherungsschutzes, der Durchführung des Versicherungsvertrags (d. h. 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. Foyer Global Health S.A. verarbeitet überdies personenbezogene Daten, wenn es im Rahmen ihrer rechtmäßigen Interessen erforderlich ist, einschließlich der 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 Foyer Global Health 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. Bei Kollektiv-Krankenversicherungskonzepten, die ein Arbeitgeber zugunsten seiner Mitarbeiter eingegangen ist, kann Foyer Global Health S.A. die Identifikationsdaten der betroffenen Mitarbeiter vom Arbeitgeber einholen, um festzustellen, ob durch Arbeitnehmer zu einem späteren Zeitpunkt eingereichte Versicherungsansprüche gedeckt sind. 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.

Foyer Global Health 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 Foyer Global Health 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 Foyer Global Health S.A. angefordert werden. Informationen über die Identität und den Sitz externer Datenverarbeitungsdienstleister können jederzeit bei Foyer Global Health S.A. erfragt werden. Ferner kann Foyer Global Health 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 Foyer Global Health S.A. mit der Begründung erfolgt, dass sie für die Zwecke der von Foyer Global Health 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 [Foyer Global Health S.A. unter dataprotection@globality-health.com](mailto: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, Foyer Global Health S.A. ausreichende, korrekte und aktuelle Informationen bereitzustellen, kann ein Hinderungsgrund für die Gewährung des Versicherungsschutzes sein.

Foyer Global Health S.A. kann per Schreiben über den Postweg, adressiert an ihren im Briefkopf angegebenen Sitz, kontaktiert werden. Darüber hinaus kann Foyer Global Health 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 Foyer Global Health 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 dieser Beitrittserklärung können Betroffene Personen ausdrücklich einwilligen, dass ihre Gesundheitsdaten verarbeitet werden. Der Widerruf der Einwilligungserklärung berührt nicht die Datenverarbeitung, die vor diesem Widerruf vorgenommen wurde.

Antragsstellung und Annahme Ihrer Beitrittserklärung zur Gruppenversicherung

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

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsausweis bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Bei Änderungen des Vertrages gelten die in diesem Absatz beschriebenen Regelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Vertragsgrundlagen

Für die in dieser Beitrittserklärung eingetragenen Tarifstufen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif Globality CoGenio®.

Eine Durchschrift der Beitrittserklärung erhalte ich sofort nach Unterzeichnung.

Umwandlung:

- **AVB für den Tarif Globality CoGenio®**
Bei Vertragsumwandlung (z. B. Tarifstufenwechsel) gelten die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif Globality CoGenio® genannten Tarifmerkmale für die neue Tarifstufe von dem im Nachtrag zum Versicherungsausweis genannten Umwandlungstermin an.
- **Widerrufsrecht**
Kommt eine beantragte Umwandlung nicht zustande, weil von dem gesetzlichen Widerrufsrecht Gebrauch gemacht wird, bleibt es bei dem bisherigen Versicherungsschutz.
- **Anrechnung der Laufzeit**
Die Laufzeit der bisherigen Versicherung wird bei der Umwandlung auf die neue Versicherung angerechnet.

Erhöhungen des Versicherungsschutzes sind im jeweils laufenden Versicherungsjahr, Reduzierungen des Versicherungsschutzes lediglich zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres möglich.

- **Versicherungsjahr**
Bei der Umwandlung ändert sich das Versicherungsjahr nicht.
- **Zuschläge für erhöhtes Risiko, Einschränkungen, Ausschlüsse**
Waren vor einer Umwandlung der Versicherung 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.

Nach Umwandlung einer Versicherung bleiben etwaige bisherige Einschränkungen des Versicherungsschutzes und Leistungsausschlüsse weiter bestehen.

Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen, die während der bisherigen Versicherungsdauer aufgetreten sind und die nach medizinischem Befund ein erhöhtes Risiko darstellen, können von der Erhöhung des Versicherungsschutzes ausgeschlossen werden. Dies gilt auch für Behandlungen aufgrund bestehender Schwangerschaften und Entbindungen.

Versicherbarer Personenkreis

Ich gehöre ab Beginn des Versicherungsschutzes als Mitarbeiter/ Mitglied des auf Seite 1 genannten Gruppenvertragspartners zu dem nach diesem Gruppenvertrag versicherbaren Personenkreis. Mir ist bekannt, dass die Mitversicherung von Familienangehörigen/Lebenspartnern nur möglich ist, soweit diese nach den Bestimmungen des Gruppenvertrages versicherbar sind; eine automatische Mitversicherung findet nicht statt.

Vorversicherung

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

J. Schlusserklärungen

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben in diesem Antrag auf ihre Richtigkeit und Vollständigkeit.

- 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 5 und 6 aufgeführt. Diese Zustimmung gilt für mich, für meine versicherten Kinder und für die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten 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 5 und 6 aufgeführten Schweigepflichtentbindung, an die Foyer Global Health 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 Foyer Global Health S.A. übermitteln.

Vom Versicherungsvermittler auszufüllen:
 Wurden zu den Fragen in dieser Beitrittserklärung Ihnen gegenüber auch Angaben gemacht, die nicht in diesem Vordruck festgehalten worden sind?

Nein Ja
 Wenn ja, welche?

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 Ablehnung 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.

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

- an den Versicherungsnehmer

dem ich die Vollmacht erteilt habe, sie in meinem Namen zu empfangen

Durch Unterzeichnung dieser Beitrittserklärung, [bitte die entsprechenden Kästchen ankreuzen]

- bestätige ich, dass ich die Allgemeinen Versicherungsbedingungen von Globality CoGenio® und die auf den Seiten 5 und 6 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 Foyer Global Health 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 Foyer Global Health 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 Foyer Global Health 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 Foyer Global Health S.A. weiterleiten dürfen.

- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mir Informationen zu bestimmten Angeboten von Foyer Global Health 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.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

Unterschrift des Versicherungsvermittler

Versicherungsvermittler und -nummer

Sub-Vermittler 1 Name und -nummer

Sub-Vermittler 2 Name und -nummer

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