

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

Globality YouGenio® World

Antrag auf Krankenversicherung

Globality S.A.

13, rue Edward Steichen · L-2540 Luxemburg
Tel: +352 270 444 3602, E-Mail: service-yougenio@globality-health.com

Globality S.A.
Verwaltungsrat: Andrew Kielty (Vorsitzender), Roman Beilhack, Stephen Bishop
Handelsregister (RCS Luxembourg): B 134471

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.
- Ich handle als Versicherungsnehmer und als versicherte Person.

Beginn des Versicherungsschutzes (TT/MM/JJJJ)		
Titel	Vorname	Nachname
Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Berufliche Tätigkeit
Korrespondenzanschrift	Gebäudename/Nr.	Straße
	Ort	PLZ
	Region	Land
Kontaktdaten	Telefon tagsüber (+ Landes-/Ortsvorwahl)	
	Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)	
	E-Mail-Adresse	
<input type="checkbox"/> Neukunde	<input type="checkbox"/> Bereits Kunde von Globality S.A. Falls ja, bitte bisherige Vers.-Nr. angeben	
Nationalität	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)	

Vertragsprache (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 <input type="checkbox"/> (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> Kind		
Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Berufliche Tätigkeit
Korrespondenzanschrift <input type="checkbox"/> Gleiche Anschrift wie Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Abweichende Anschrift (bitte rechts eintragen)	Gebäudename/Nr.	Straße
	Ort	PLZ
	Region	Land
Kontaktdaten	Telefon tagsüber (+ Landes-/Ortsvorwahl)	
	Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)	
	E-Mail-Adresse	
<input type="checkbox"/> Neukunde	<input type="checkbox"/> Bereits Kunde von Globality S.A. Falls ja, bitte bisherige Vers.-Nr. angeben	
Nationalität	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 <input type="checkbox"/> (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> Kind		
Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Berufliche Tätigkeit
Korrespondenzanschrift <input type="checkbox"/> Gleiche Anschrift wie Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Abweichende Anschrift (bitte rechts eintragen)	Gebäudenname/Nr.	Straße
	Ort	PLZ
	Region	Land
Kontaktdaten	Telefon tagsüber (+ Landes-/Ortsvorwahl)	
	Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)	
	E-Mail-Adresse	
<input type="checkbox"/> Neukunde	<input type="checkbox"/> Bereits Kunde von Globality S.A. Falls ja, bitte bisherige Vers.-Nr. angeben	
Nationalität	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 <input type="checkbox"/> (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> Kind		
Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Berufliche Tätigkeit
Korrespondenzanschrift <input type="checkbox"/> Gleiche Anschrift wie Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Abweichende Anschrift (bitte rechts eintragen)	Gebäudenname/Nr.	Straße
	Ort	PLZ
	Region	Land
Kontaktdaten	Telefon tagsüber (+ Landes-/Ortsvorwahl)	
	Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)	
	E-Mail-Adresse	
<input type="checkbox"/> Neukunde	<input type="checkbox"/> Bereits Kunde von Globality S.A. Falls ja, bitte bisherige Vers.-Nr. angeben	
Nationalität	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	Traifstufe		Zielregion	Beitrag (monatlich)
	Plus	Top		<input type="checkbox"/> € <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/> £
1	Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> keine <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 £	Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> keine <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"/> Weltweit ohne USA <input type="checkbox"/> Weltweit mit USA	
2	Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> keine <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 £	Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> keine <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"/> Weltweit ohne USA <input type="checkbox"/> Weltweit mit USA	
3	Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> keine <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 £	Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> keine <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"/> Weltweit ohne USA <input type="checkbox"/> Weltweit mit USA	
4	Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> keine <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 £	Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> keine <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"/> Weltweit ohne USA <input type="checkbox"/> Weltweit mit USA	
Gesamtbeitrag für alle zu versichernden Personen:				

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 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Zahn		
2 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Zahn		
3 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Zahn		
4 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> 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 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	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 Sie und alle zu versichernden Personen zum Zeitpunkt der Antragsstellung (Unterschrift im Abschnitt G) 55 Jahre alt sind oder jünger.
 Ich bin nicht verpflichtet, die nachfolgenden Gesundheitsfragen auszufüllen. Mir ist bewusst, dass Vorerkrankungen und damit verbundene Gesundheitsstörungen während einer Wartezeit von mindestens 24 Monaten vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.

* Bitte informieren Sie sich auf S. 11 dieses Antragsformulars über die Bedingungen für die Option eines Moratoriums.

Versicherungsschutz unter Einschluss von Vorerkrankungen
 Mir ist bewusst, dass ich die nachfolgenden Gesundheitsangaben für alle zu versichernden Personen erklären muss.
 Um den Einschluss von Vorerkrankungen im Rahmen des Versicherungsschutzes zu beantragen, müssen Sie sämtliche nachfolgenden Gesundheitsfragen beantworten. Auf der Grundlage Ihrer Antworten wird Ihnen mitgeteilt, ob Sie versicherbar sind und ob ggf. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse erfolgen müssen.

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. **Besteht bei Globality S.A. bereits Versicherungsschutz**, so brauchen aufgetretene Gesundheitsstörungen und empfangene Behandlungen innerhalb der letzten fünf Jahren, die der Globality S.A. durch anlässlich eines bestehenden Versicherungsvertrages eingereichte Rechnungen oder ärztliche Bescheinigungen lückenlos bekannt sind, nicht angegeben werden. 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.

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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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. Nicht alle Erkrankungen sind aufgelistet.					
4	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)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.2	Atemwegserkrankungen (z.B. Atemnot, Asthma, Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, Lungenentzündung, Bronchitis, Tuberkulose, Allergien, Nasenscheidewandverkrümmung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.3	Hormonelle Erkrankungen (z.B. Drüsenstörungen, Diabetes [Typ 1 oder 2], Schilddrüsenstörungen, Cushing-Syndrom, Addison-Krankheit, Morbus Basedow)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.5	Krebs, Tumore oder Geschwülste (z.B. Polypen, gutartige Geschwülste, Zysten, Karzinome und Präkanzerosen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.6	Hirn- und ZNS-Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Demenz, Migräne, chronische Kopfschmerzen, multiple Sklerose, Epilepsie/ Anfallsleiden, Ischias, Muskelhypotonie, Parkinson-Krankheit)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.7	Haut-, Haar- und Nagelerkrankungen (z.B. Ekzem, Dermatitis, Ausschlag, Haarausfall, Alopecia areata, Schuppenflechte, Akne, Zysten, juckende/blutende Muttermale)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.8	Ohrerkrankungen (Tinnitus, Schwindel, Schwerhörigkeit, Taubheit),	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Augenerkrankungen (z.B. grauer oder grüner Star, Hornhauterkrankungen, Netzhautablösung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Liegt bei Ihnen eine Sehschwäche von mind. acht Dioptrien vor? Falls ja, bitte geben Sie die Dioptrien an: rechtes Auge (Re); linkes Auge (Li)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Re _____ Li _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Re _____ Li _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Re _____ Li _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.10	Blut-, Infektions- oder Immunerkrankungen (z.B. abnorme Blutwerte, Gerinnungsstörungen, hoher Cholesterinspiegel, Anämie, Malaria, Autoimmunerkrankungen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.11	Psychiatrische Erkrankungen/psychische Störungen (z.B. Depressionen, ärztlich behandeltes Stresssyndrom, Angststörung, Geisteskrankheit, Schizophrenie, Zwangs- oder Essstörung, Drogen-/Alkoholsucht)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.12	Muskel- oder Skeletterkrankungen (z.B. Rheumatismus, Gicht, Arthritis, Rückenbeschwerden, Nacken-/Schulterbeschwerden, Knorpel- und Bänderbeschwerden, Gelenkersatz, Knochenbrüche, Osteoporose, entzündliche Prozesse, Bandscheibenvorfall)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6	Wurden Sie positiv auf HIV-, Hepatitis-B- oder Hepatitis-C getestet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Warten Sie auf die Ergebnisse eines solchen Tests? (Bei negativem Ergebnis hat die Durchführung eines HIV-Tests an sich keinerlei Auswirkungen auf Ihre Versicherbarkeit.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7	Schwangerschaft: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Falls ja, in der wievielten Woche?	_____	_____	_____	_____
8	Haben Sie sich in den letzten fünf Jahren ambulanten oder stationären Operationen unterzogen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9	Ist eine ambulante/stationäre Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10	Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? (z.B. Tabletten, Salben, Kapseln, Säfte, Spritzen, Cremes, Zäpfchen, Inhalationen) Falls ja, machen Sie bitte genaue Angaben zu Medikament und Indikation (auch nicht verschreibungspflichtige Medikamente).	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
11	Zähne				
	a) Waren Sie in den letzten fünf Jahren beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	b) Sind Sie derzeit in zahnärztlicher Behandlung, lassen Sie „dritte Zähne“ anfertigen oder erneuern, werden Sie wegen Parodontose oder kieferorthopädisch behandelt oder wird eine solche Behandlung empfohlen bzw. geplant? (Falls ja, legen Sie bitte einen aktuellen Heil- und Kostenplan bei.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	c) Fehlen Ihnen Zähne (außer Milch- und Weisheitszähnen) oder haben Sie Zahnlücken, die durch benachbarte Zähne geschlossen werden? Wenn ja, Anzahl der fehlenden Zähne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
12a	Bestanden in den letzten fünf Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen oder sonstige Gesundheitsstörungen oder haben Untersuchungen/Behandlungen bzw. Krankenhausbehandlungen stattgefunden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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

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 · BIC Code: BGLLLLULL
- USD Konto – Beitragsüberweisung in USD an die Globality S.A.**
 BGL BNP Paribas · IBAN: LU450030309301173000 · BIC Code: BGLLLLULL
- GBP Konto – Beitragsüberweisung in GBP an die Globality S.A.**
 HSBC · IBAN: GB87MIDL40025081330713 · Swift Code: MIDLGB22 · Sort Code: 400250

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, Slowakei, Slovenien, Spanien, Zypern.

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 **

Name des Zahlungsempfängers

**

Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers / Gläubiger-Identifikationsnummer

**

Straße und Hausnummer

**

Postleitzahl

Ort

**

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.

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

G. 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 zugänglich 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.,
13, rue Edward Steichen,
L-2540 Luxemburg.

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 vereinbarten 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.

Zustimmung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe von personenbezogenen Daten

Mit meinem Antrag auf Krankenversicherung erkläre ich mich ausdrücklich mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, meiner Versicherungs- und Gesundheitsdaten sowie näherer Angaben zu meiner Bankverbindung durch Globality S.A. einverstanden; ferner willige ich ein, dass diese Daten an andere Unternehmen der Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG, den Rückversicherer, Vertragsärzte und -krankenhäuser und an Partner, die mit Globality S.A.

zusammenarbeiten, weitergegeben werden. Globality S.A. sichert zu, solche Daten und Angaben nur zum Zweck der Vertragsdurchführung, der Gewährung der Versicherungsdeckung und der Bereitstellung von Assistance-Leistungen, Beratung und Unterstützung zu sammeln, speichern, verarbeiten und an dritte Parteien weiterzugeben.

Auf Wunsch kann ich jederzeit von Globality S.A. Informationen über die Identität und den Sitz dritter Parteien erhalten, die meine Daten verarbeiten.

Die Zustimmung gilt über meinen Tod hinaus und ebenfalls für meine mitzuversichernden Kinder und alle weiteren von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen.

Auf Wunsch habe ich jederzeit das Recht auf Zugang und Berichtigung meiner personenbezogenen Daten.

Vollmacht zur Weitergabe medizinischer Informationen

Mit meinem Antrag auf Krankenversicherung erteile ich die Vollmacht an Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, privaten und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den Globality S.A. vorgelegten Unterlagen benannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, der Globality S.A. medizinische Informationen über meinen Gesundheitszustand und meine Behandlung zu erteilen, wenn dies zur Risikobeurteilung bei Vertragsabschluss und zur Prüfung meiner Rechte im Rahmen des Versicherungsvertrags erforderlich ist.

Mit meinem Antrag auf Krankenversicherung erteile ich ebenfalls allen Mitarbeitern der Globality S.A. eine Vollmacht, Informationen über meine Gesundheit bzw. Heilbehandlungen oder über meinen Versicherungsschutz an andere Unternehmen der Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG, den Rückversicherer, Vertragsärzte und -krankenhäuser und an Partner, die mit Globality S.A. zusammenarbeiten, weiterzugeben. Diese Ermächtigung kann jederzeit widerrufen werden. Globality S.A. sichert zu, solche Informationen dritten Parteien ausschließlich zum Zweck der Vertragsdurchführung, der Gewährung der Versicherungsdeckung und der Bereitstellung von Assistance-Leistungen, Beratung und Unterstützung zu erteilen.

Die erteilte Vollmacht, wie oben definiert, gilt über meinen Tod hinaus und ebenfalls für meine mitzuversichernden Kinder und alle weiteren mitzuversichernden Personen, die ich hiermit gesetzlich vertrete.

Ich willige ferner jederzeit widerrufbar ein, dass Globality S.A. zur Beurteilung meiner Zahlungsfähigkeit Auskünfte aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und dem Verzeichnis über private Insolvenzen selbst oder über eine Auskunftseinholt.

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. Ihre bisherige Krankenversicherung (wo waren Sie versichert, gesetzliche/private Krankenversicherung) der letzten 5 Jahre mitzuteilen.

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 Antragsannahmestätigung durch uns auftreten, betrachten wir als Vorerkrankung.

Ich habe die oben stehende Erklärung gelesen und bestätige, 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 Seite 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 Seite 10 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 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.

<p>Vom Vermittler auszufüllen:</p> <p>Wurden zu den Fragen in diesem Antrag Ihnen gegenüber Angaben gemacht, die nicht in diesem Vordruck festgehalten worden sind? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Wenn ja, welche?</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 40px; width: 100%;"></div>
--	--

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

- meine Korrespondenzadresse den folgenden Vermittler, dem ich das Mandat erteilt habe, diese in meinem Namen zu erhalten:
-

Ich bin damit einverstanden, dass ich schriftlich und telefonisch über aktuelle Angebote der Globality S.A. informiert werde.

- Ja Nein Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Mit meiner Unterschrift gebe ich auch die auf den Seiten 10 und 11 (einschließlich der Erklärung zum Widerrufsrecht und zum Datenschutz) abgedruckten Erklärungen ab und bestätige, dass ich die allgemeinen Versicherungsbedingungen für Globality YouGenio® World gelesen und verstanden habe. Unterschreiben müssen alle Personen über 18 Jahre. Sofern Versicherungsnehmer und versicherte Person identisch sind, bitte nur einmal unterschreiben.

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			
Vermittler, Name und Nr.	Sub-Vermittler 1, Name und Nr.		
Unterschrift des Vermittlers	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., 13 rue Edward Steichen, L-2540 Luxemburg