


# Antrag auf internationale Krankenversicherung Journey Tarife Extensive, Advanced und Premium

 **Hinweis: Wir können den Antrag nicht bearbeiten, sofern Felder nicht ausgefüllt werden.**  
Weitere Informationen sind in den Versicherungsbedingungen zu finden.

## **Folgende Hinweise sind zu beachten, bevor das Antragsformular ausgefüllt wird:**

1. Dieses Dokument unterliegt den Versicherungsbedingungen. Begriffe, die hierin großgeschrieben sind, haben die gleiche Bedeutung wie in den Glossaren, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes angegeben ist.
2. Für Inbound (Versicherungsverträge für Expatriates, die nach Deutschland ziehen) gilt eine maximale Versicherungsdauer von 5 Jahren, einschließlich aller Vertragsverlängerungen und/oder früherer ähnlichen Krankenversicherungen, die bei anderen Versicherungsunternehmen bestanden haben. Daher können Antragsteller, die seit mehr als 5 Jahren in Deutschland leben, hierüber nicht versichert werden.
3. Der Versicherungsschutz gilt, je nach Auswahl des Antragstellers im Antragsformular, in den folgenden Zielregionen:  
**Zielregion I: Weltweit einschließlich Vereinigte Staaten von Amerika**  
**Zielregion II: Weltweit ohne Vereinigte Staaten von Amerika**  
Heilbehandlungen im Ausland sind von der Leistungserstattung ausgeschlossen, sofern die Auslandsreise einzig oder hauptsächlich zur Durchführung der Behandlung angetreten wurde.  
Zieht ein Antragsteller für einen beliebigen Zeitraum in eine andere Zielregion, die nicht im Versicherungsvertrag vereinbart ist, muss dieser Umzug dem Versicherer unverzüglich gemeldet werden. Die entsprechende Änderung kann Auswirkungen auf den fälligen Beitrag sowie auf Leistungsansprüche gemäß des Versicherungsvertrags haben.
4. Dieses Versicherungsprodukt ist für Personen gedacht, die sich vorübergehend außerhalb ihres Heimatlandes aufhalten. Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz bei einem Aufenthalt in den Vereinigten Staaten von Amerika nicht als „Affordable Care Act (ACA)“-konform eingestuft wird. Das Produkt ist als ergänzende internationale Absicherung für Personen vorgesehen, die bereits eine primäre, ACA-konforme Krankenversicherung besitzen. Bitte stellen Sie sicher, dass der Versicherungsschutz für Ihre Situation geeignet ist, bevor Sie ihn erwerben.

**Ich beantrage den Abschluss einer Krankenversicherung nach dem Tarif Global Health Journey für die unten aufgeführten zu versichernden Personen (Antragsteller).**

A. Angaben zum Hauptantragsteller (Antragsteller 1)	
<input type="checkbox"/> Ich handle ausschließlich als Versicherungsnehmer und nicht als Versicherte Person <input type="checkbox"/> Ich handle als Versicherungsnehmer und als Versicherte Person	
<b>Beginn des Versicherungsschutzes (TT/MM/JJJJ)</b> <input type="checkbox"/> Datum der Unterschrift <input type="checkbox"/> Oder geben Sie ein zukünftiges Startdatum an:	
<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<b>Titel</b>
<b>Vorname</b>	<b>Nachname</b>
<b>Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)</b>	<b>Berufliche Tätigkeit und Branche</b>
<b>Korrespondenzanschrift</b>	
<b>Gebäudename/Nummer</b>	<b>Straße und Hausnummer</b>
<b>PLZ und Ort</b>	<b>Land und Region</b>
<b>Kontaktdaten: Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)</b>	<b>Kontaktdaten: E-Mail-Adresse</b>
<b>Früherer oder aktueller Kunde von Globality S.A. und/oder Foyer Global Health S.A.?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Falls ja, bitte Versicherungsnummer(n) angeben</b>
<b>Nationalität oder Nationalitäten</b>	
<b>Land, in dem der Antrag unterzeichnet wird</b>	<b>Zukünftiges Aufenthaltsland (das Land, in dem Antragsteller 1 zukünftig leben wird)</b>
<b>Vertragssprache (alle Korrespondenzen/Dokumente werden in dieser Sprache bereitgestellt)</b> <input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Spanisch	
B. Antragsteller	
Antragsteller 2	
<b>Beginn des Versicherungsschutzes (TT/MM/JJJJ)</b> <input type="checkbox"/> Datum der Unterschrift <input type="checkbox"/> Oder geben Sie ein zukünftiges Startdatum an:	
<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<b>Titel</b>
<b>Vorname</b>	<b>Nachname</b>
<b>Verhältnis zum Hauptantragsteller</b> <input type="checkbox"/> (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> Kind	
<b>Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)</b>	<b>Berufliche Tätigkeit und Branche</b>
<b>Korrespondenzanschrift</b> <input type="checkbox"/> Gleiche Anschrift wie der Hauptantragsteller <input type="checkbox"/> Abweichende Anschrift	
<b>Gebäudename/Nummer</b>	<b>Straße und Hausnummer</b>
<b>PLZ und Ort</b>	<b>Land und Region</b>
<b>Kontaktdaten: Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)</b>	<b>Kontaktdaten: E-Mail-Adresse</b>
<b>Früherer oder aktueller Kunde von Globality S.A. und/oder Foyer Global Health S.A.?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Falls ja, bitte Versicherungsnummer(n) angeben</b>
<b>Nationalität oder Nationalitäten</b>	
<b>Land, in dem der Antrag unterzeichnet wird</b>	<b>Zukünftiges Aufenthaltsland (das Land, in dem Antragsteller 2 zukünftig leben wird)</b>

<b>Antragsteller 3</b>	
<b>Beginn des Versicherungsschutzes (TT/MM/JJJJ)</b> <input type="checkbox"/> Datum der Unterschrift <input type="checkbox"/> Oder geben Sie ein zukünftiges Startdatum an:	
<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<b>Titel</b>
<b>Vorname</b>	<b>Nachname</b>
<b>Verhältnis zum Hauptantragsteller</b> <input type="checkbox"/> (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> Kind	
<b>Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)</b>	<b>Berufliche Tätigkeit und Branche</b>
<b>Korrespondenzanschrift</b> <input type="checkbox"/> Gleiche Anschrift wie der Hauptantragsteller <input type="checkbox"/> Abweichende Anschrift	
<b>Gebäudenname/Nummer</b>	<b>Straße und Hausnummer</b>
<b>PLZ und Ort</b>	<b>Land und Region</b>
<b>Kontaktdaten: Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)</b>	<b>Kontaktdaten: E-Mail-Adresse</b>
<b>Früherer oder aktueller Kunde von Globality S.A. und/oder Foyer Global Health S.A.?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Falls ja, bitte Versicherungsnummer(n) angeben</b>
<b>Nationalität oder Nationalitäten</b>	
<b>Land, in dem der Antrag unterzeichnet wird</b>	<b>Zukünftiges Aufenthaltsland (das Land, in dem Antragsteller 3 zukünftig leben wird)</b>

<b>Antragsteller 4</b>	
<b>Beginn des Versicherungsschutzes (TT/MM/JJJJ)</b> <input type="checkbox"/> Datum der Unterschrift <input type="checkbox"/> Oder geben Sie ein zukünftiges Startdatum an:	
<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<b>Titel</b>
<b>Vorname</b>	<b>Nachname</b>
<b>Verhältnis zum Hauptantragsteller</b> <input type="checkbox"/> (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/> Kind	
<b>Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)</b>	<b>Berufliche Tätigkeit und Branche</b>
<b>Korrespondenzanschrift</b> <input type="checkbox"/> Gleiche Anschrift wie der Hauptantragsteller <input type="checkbox"/> Abweichende Anschrift	
<b>Gebäudenname/Nummer</b>	<b>Straße und Hausnummer</b>
<b>PLZ und Ort</b>	<b>Land und Region</b>
<b>Kontaktdaten: Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)</b>	<b>Kontaktdaten: E-Mail-Adresse</b>
<b>Früherer oder aktueller Kunde von Globality S.A. und/oder Foyer Global Health S.A.?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Falls ja, bitte Versicherungsnummer(n) angeben</b>
<b>Nationalität oder Nationalitäten</b>	
<b>Land, in dem der Antrag unterzeichnet wird</b>	<b>Zukünftiges Aufenthaltsland (das Land, in dem Antragsteller 4 zukünftig leben wird)</b>

C. Tarifstufen und Zielregionen				
<b>Vertragswahrung:</b> <input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> CHF				
Antragsteller	Tarifstufe			Zielregion
1	Extensive	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1.000 EUR / 1.300 USD / 840 GBP / 930 CHF	<b>Zuzahlung:</b> <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <b>Maximaler Selbstbehalt:</b> 1.500 EUR / 1.950 USD / 1.260 GBP / 1.395 CHF	<input type="checkbox"/> Zielregion I: Weltweit einschließlich Vereinigte Staaten von Amerika  <input type="checkbox"/> Zielregion II: Weltweit ohne Vereinigte Staaten von Amerika
	Advanced	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1.000 EUR / 1.300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3.000 EUR / 3.900 USD / 2.520 GBP / 2.790 CHF <input type="checkbox"/> 5.000 EUR / 6.500 USD / 4.200 GBP / 4.650 CHF <input type="checkbox"/> 7.000 EUR / 9.100 USD / 5.880 GBP / 6.510 CHF	<b>Zuzahlung:</b> <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <b>Maximaler Selbstbehalt:</b> 2.500 EUR / 3.250 USD / 2.100 GBP / 2.325 CHF	
	Premium	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1.000 EUR / 1.300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3.000 EUR / 3.900 USD / 2.520 GBP / 2.790 CHF <input type="checkbox"/> 5.000 EUR / 6.500 USD / 4.200 GBP / 4.650 CHF <input type="checkbox"/> 7.000 EUR / 9.100 USD / 5.880 GBP / 6.510 CHF	<b>Zuzahlung:</b> <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <b>Maximaler Selbstbehalt:</b> 2.500 EUR / 3.250 USD / 2.100 GBP / 2.325 CHF	
2	Extensive	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1.000 EUR / 1.300 USD / 840 GBP / 930 CHF	<b>Zuzahlung:</b> <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <b>Maximaler Selbstbehalt:</b> 1.500 EUR / 1.950 USD / 1.260 GBP / 1.395 CHF	<input type="checkbox"/> Zielregion I: Weltweit einschließlich Vereinigte Staaten von Amerika  <input type="checkbox"/> Zielregion II: Weltweit ohne Vereinigte Staaten von Amerika
	Advanced	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1.000 EUR / 1.300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3.000 EUR / 3.900 USD / 2.520 GBP / 2.790 CHF <input type="checkbox"/> 5.000 EUR / 6.500 USD / 4.200 GBP / 4.650 CHF <input type="checkbox"/> 7.000 EUR / 9.100 USD / 5.880 GBP / 6.510 CHF	<b>Zuzahlung:</b> <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <b>Maximaler Selbstbehalt:</b> 2.500 EUR / 3.250 USD / 2.100 GBP / 2.325 CHF	
	Premium	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1.000 EUR / 1.300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3.000 EUR / 3.900 USD / 2.520 GBP / 2.790 CHF <input type="checkbox"/> 5.000 EUR / 6.500 USD / 4.200 GBP / 4.650 CHF <input type="checkbox"/> 7.000 EUR / 9.100 USD / 5.880 GBP / 6.510 CHF	<b>Zuzahlung:</b> <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <b>Maximaler Selbstbehalt:</b> 2.500 EUR / 3.250 USD / 2.100 GBP / 2.325 CHF	
3	Extensive	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1.000 EUR / 1.300 USD / 840 GBP / 930 CHF	<b>Zuzahlung:</b> <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <b>Maximaler Selbstbehalt:</b> 1.500 EUR / 1.950 USD / 1.260 GBP / 1.395 CHF	<input type="checkbox"/> Zielregion I: Weltweit einschließlich Vereinigte Staaten von Amerika  <input type="checkbox"/> Zielregion II: Weltweit ohne Vereinigte Staaten von Amerika
	Advanced	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1.000 EUR / 1.300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3.000 EUR / 3.900 USD / 2.520 GBP / 2.790 CHF <input type="checkbox"/> 5.000 EUR / 6.500 USD / 4.200 GBP / 4.650 CHF <input type="checkbox"/> 7.000 EUR / 9.100 USD / 5.880 GBP / 6.510 CHF	<b>Zuzahlung:</b> <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <b>Maximaler Selbstbehalt:</b> 2.500 EUR / 3.250 USD / 2.100 GBP / 2.325 CHF	
	Premium	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1.000 EUR / 1.300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3.000 EUR / 3.900 USD / 2.520 GBP / 2.790 CHF <input type="checkbox"/> 5.000 EUR / 6.500 USD / 4.200 GBP / 4.650 CHF <input type="checkbox"/> 7.000 EUR / 9.100 USD / 5.880 GBP / 6.510 CHF	<b>Zuzahlung:</b> <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <b>Maximaler Selbstbehalt:</b> 2.500 EUR / 3.250 USD / 2.100 GBP / 2.325 CHF	

**⚠ Hinweis:**

- Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen gelten nur für ambulante Behandlungen. Wurde eine Zuzahlung gewählt, wird der maximale Selbstbehalt automatisch angewendet.
- Dieses Versicherungsprodukt ist für Personen gedacht, die sich vorübergehend außerhalb ihres Heimatlandes aufhalten. Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz bei einem Aufenthalt in den Vereinigten Staaten von Amerika nicht als „Affordable Care Act (ACA)“-konform eingestuft wird. Das Produkt ist als ergänzende internationale Absicherung für Personen vorgesehen, die bereits eine primäre, ACA-konforme Krankenversicherung besitzen. Bitte stellen Sie sicher, dass der Versicherungsschutz für Ihre Situation geeignet ist, bevor Sie ihn erwerben.

Antragsteller	Tarifstufe		Zielregion
4	Extensive	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1.000 EUR / 1.300 USD / 840 GBP / 930 CHF	<input type="checkbox"/> Zielregion I: Weltweit einschließlich Vereinigte Staaten von Amerika  <input type="checkbox"/> Zielregion II: Weltweit ohne Vereinigte Staaten von Amerika
	Advanced	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1.000 EUR / 1.300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3.000 EUR / 3.900 USD / 2.520 GBP / 2.790 CHF <input type="checkbox"/> 5.000 EUR / 6.500 USD / 4.200 GBP / 4.650 CHF <input type="checkbox"/> 7.000 EUR / 9.100 USD / 5.880 GBP / 6.510 CHF	
	Premium	<b>Selbstbeteiligung:</b> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF <input type="checkbox"/> 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF <input type="checkbox"/> 1.000 EUR / 1.300 USD / 840 GBP / 930 CHF <input type="checkbox"/> 3.000 EUR / 3.900 USD / 2.520 GBP / 2.790 CHF <input type="checkbox"/> 5.000 EUR / 6.500 USD / 4.200 GBP / 4.650 CHF <input type="checkbox"/> 7.000 EUR / 9.100 USD / 5.880 GBP / 6.510 CHF	

**D. Vorversicherung und Angaben zum behandelnden Arzt**

**⚠ Pflicht: Die folgenden Angaben (Punkt 1 ODER 2) werden benötigt.**

1. Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Krankenversicherung (einschließlich der gesetzlichen/privaten verpflichtenden Krankenversicherung) für die Antragsteller?

Antragsteller	Antwort	Vorversicherer	Versicherungsnummer	Versicherungsumfang	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 Auskünfte über die Gesundheit der Antragsteller erteilen kann (für die letzten 3 Jahre). Gibt es mehr als einen behandelnden Arzt bzw. Krankenhaus für die in diesem Antrag aufgeführten Personen, machen Sie bitte entsprechende Zusatzangaben am Ende des Abschnitts E oder fügen Sie eine separate Seite bei.

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

## E. Gesundheitszustand

**Wichtig:** Alle unten aufgeführten Gesundheitsfragen müssen ausführlich beantwortet werden. Symptome, Krankheiten und Unfallfolgen sollten auch dann angegeben werden, wenn der Antragsteller diese für unwesentlich ansieht. Striche gelten nicht als Antwort. Reicht der Platz nicht aus, können die Antworten auf einem gesonderten Blatt unter Angabe der Nummer des jeweiligen Antragstellers und einem entsprechenden Verweis im Antrag erteilt werden. Falls gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht gemacht werden möchten, ist es erforderlich, diese gegenüber dem Versicherer innerhalb von drei Tagen schriftlich nachzuholen; auf die beabsichtigte gesonderte Mitteilung sollte im Antragsformular hingewiesen werden. In diesem Fall muss der Antragsteller im Antragsformular darauf hinweisen, dass die Informationen separat übermittelt werden.

Werden die auf dieser Seite gestellten Gesundheitsfragen, soweit sie für die Übernahme des Risikos erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, kann der Versicherer bei nichtvorsätzlicher Verletzung der Anzeigepflicht innerhalb eines Monats nach Kenntnisnahme von der Anzeigepflichtverletzung kündigen, sofern der Versicherer beweisen kann, dass das Risiko in keinem Fall versichert worden wäre. Der Versicherungsvertrag ist nichtig, wenn durch vorsätzliche Verletzung der Anzeigepflicht durch den Antragsteller die Beurteilung des Risikos für den Versicherer nicht möglich ist. In diesem Fall ist der Antragsteller verpflichtet, empfangene Versicherungsleistungen zurückzuzahlen. Gezahlte Beiträge werden nicht vom Versicherer erstattet.

Erkrankungen, die zwischen dem Unterzeichnen des Antragsformulars und dem Datum der Unterzeichnung der Besonderen Versicherungsbedingungen auftreten, werden ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet. Daher ist es notwendig, dass der Antragsteller den Versicherer über jegliche Änderung der gemachten Angaben zwischen Einreichung des Antragsformulars und dessen Annahme durch den Versicherer informiert (bitte beachten Sie hierzu ebenfalls „Verantwortlichkeit für den Inhalt des Antrags“ auf Seite 11).

### Vorerkrankungen

Vorerkrankungen beziehen sich auf alle Erkrankungen, Verletzungen und deren Folgen, die dem Antragsteller vor Unterzeichnung des Antragsformulars bekannt waren oder für die medizinische Beratungen, diagnostische Leistungen oder Heilbehandlungen erhalten wurden.

Dies umfasst:

- i. Jede Erkrankung, für die sich der Antragsteller einer diagnostischen Untersuchung (einschließlich Vorsorge- oder routinemäßige Gesundheitsuntersuchung) unterzogen und die zu auffälligen Befunden geführt hat, unabhängig davon, ob eine formelle Diagnose gestellt wurde.
- ii. Alle Anzeichen oder Symptome, unabhängig davon, ob sie diagnostiziert wurden oder nicht, sowie alle körperlichen oder organischen Anomalien, angeborenen Anomalien, Behinderungen oder Deformitäten.
- iii. Alle vorhandenen, medizinischen Hilfsmittel wie Implantate (ausgenommen hiervon sind Zahnimplantate), Stents, Prothesen oder andere Geräte, die dauerhaft oder vorübergehend am Körper angebracht sind.

Darüber hinaus gelten alle Krankheiten, Verletzungen oder Gesundheitszustände, die zwischen dem Datum der Unterzeichnung des Antragsformulars und dem Datum der Unterzeichnung der Besonderen Versicherungsbedingungen auftreten, ebenfalls als Vorerkrankungen.

Vorerkrankungen können abhängig vom Ergebnis der medizinischen Gesundheitsprüfung im Rahmen des Versicherungsvertrags eingeschlossen werden.

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

Allgemeine Fragen (Stufe 1)					
Nr.	Frage	Antragsteller 1	Antragsteller 2	Antragsteller 3	Antragsteller 4
1	Wie groß sind Sie in cm und wie viel wiegen Sie in kg?	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
2a	Rauchen Sie mehr als 20 Zigaretten oder konsumieren Sie mehr als 1 E-Zigarette (10 mg/ml) pro Tag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Wenn ja, wie viele? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Wenn ja, wie viele? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Wenn ja, wie viele? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Wenn ja, wie viele? <input type="text"/>
2b	Wurden Sie jemals wegen einer Drogen- oder Substanzabhängigkeit behandelt, diagnostiziert oder leiden Sie derzeit daran?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Wenn ja, geben Sie bitte weitere Details wie z. B. Behandlungen oder Rehabilitationsdaten, den aktuellen Status usw. an. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Wenn ja, geben Sie bitte weitere Details wie z. B. Behandlungen oder Rehabilitationsdaten, den aktuellen Status usw. an. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Wenn ja, geben Sie bitte weitere Details wie z. B. Behandlungen oder Rehabilitationsdaten, den aktuellen Status usw. an. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Wenn ja, geben Sie bitte weitere Details wie z. B. Behandlungen oder Rehabilitationsdaten, den aktuellen Status usw. an. <input type="text"/>
3	Trinken Sie mehr als 14 Alkoholeinheiten pro Woche? Alkohol: Einheiten (1 Einheit = 250 ml Bier / 100 ml Wein / 25 ml Spirituosen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Wenn ja, wie viele? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Wenn ja, wie viele? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Wenn ja, wie viele? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Wenn ja, wie viele? <input type="text"/>

Allgemeine Gesundheitsfragen (Stufe 1)					
Nr.	In den letzten 5 Jahren, ...	Antragsteller 1	Antragsteller 2	Antragsteller 3	Antragsteller 4
1	Haben Sie eine stationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung erhalten, erhalten Sie derzeit eine solche oder ist eine solche empfohlen oder geplant?	<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
2	Haben Sie verschreibungspflichtige oder rezeptfreie Medikamente oder alternative/pflanzliche/traditionelle Heilmittel eingenommen, nehmen Sie diese aktuell ein oder erwägen Sie deren Einnahme?	<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
3	Wurden bei Ihnen diagnostische Tests durchgeführt oder empfohlen, mit oder ohne Diagnose, oder haben Sie bei Vorsorgeuntersuchungen auffällige Befunde erhalten?	<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	Leiden Sie aktuell an einer Krankheit oder Verletzung, haben Sie ungeklärte Symptome, körperliche oder Organfehlbildungen, angeborene Fehlbildungen oder Behinderungen?	<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
5	Tragen Sie Implantate (ausgenommen hiervon sind Zahnimplantate), Stents, Prothesen oder andere medizinische Geräte im Körper?	<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	Falls zutreffend: Sind Sie schwanger? Wenn ja, wann ist der voraussichtliche Geburtstermin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Nähere Angaben, falls mit „Ja“ beantwortet  <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Nähere Angaben, falls mit „Ja“ beantwortet  <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Nähere Angaben, falls mit „Ja“ beantwortet  <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Nähere Angaben, falls mit „Ja“ beantwortet  <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
7a	Gehen Sie regelmäßig, mindestens einmal jährlich, zur zahnärztlichen Vorsorge? Bitte geben Sie den Grund/die Gründe und das Datum Ihres letzten Besuchs sowie Name und Adresse Ihres Zahnarztes an.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Weitere Angaben:  <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>  Falls nein, reichen Sie bitte, je nach Alter (Kind oder Erwachsener), ein von uns bereitgestelltes zahnärztliches Formular ein. Dieses Formular muss von einem Zahnarzt ausgefüllt, unterschrieben und abgestempelt werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Weitere Angaben:  <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>  Falls nein, reichen Sie bitte, je nach Alter (Kind oder Erwachsener), ein von uns bereitgestelltes zahnärztliches Formular ein. Dieses Formular muss von einem Zahnarzt ausgefüllt, unterschrieben und abgestempelt werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Weitere Angaben:  <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>  Falls nein, reichen Sie bitte, je nach Alter (Kind oder Erwachsener), ein von uns bereitgestelltes zahnärztliches Formular ein. Dieses Formular muss von einem Zahnarzt ausgefüllt, unterschrieben und abgestempelt werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Weitere Angaben:  <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>  Falls nein, reichen Sie bitte, je nach Alter (Kind oder Erwachsener), ein von uns bereitgestelltes zahnärztliches Formular ein. Dieses Formular muss von einem Zahnarzt ausgefüllt, unterschrieben und abgestempelt werden.
7b	Leiden Sie aktuell an einer Zahnerkrankung oder einem Zahnproblem, einschließlich Anzeichen, Symptomen oder befinden Sie sich in zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung (geplant oder empfohlen)? (z. B. fehlende, nicht vorhandene, nicht ersetzte oder abgebrochene/gesplitterte Zähne, vorhandene Prothesen, die entfernt oder neu angefertigt werden müssen oder älter als 10 Jahre sind, Zahnfehlstellungen, Kieferbeschwerden oder -erkrankungen, Zähneknirschen oder -pressen, Parodontitis)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Falls ja, reichen Sie bitte, je nach Alter (Kind oder Erwachsener), ein von uns bereitgestelltes zahnärztliches Formular ein. Dieses Formular muss von einem Zahnarzt ausgefüllt, unterschrieben und abgestempelt werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Falls ja, reichen Sie bitte, je nach Alter (Kind oder Erwachsener), ein von uns bereitgestelltes zahnärztliches Formular ein. Dieses Formular muss von einem Zahnarzt ausgefüllt, unterschrieben und abgestempelt werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Falls ja, reichen Sie bitte, je nach Alter (Kind oder Erwachsener), ein von uns bereitgestelltes zahnärztliches Formular ein. Dieses Formular muss von einem Zahnarzt ausgefüllt, unterschrieben und abgestempelt werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Falls ja, reichen Sie bitte, je nach Alter (Kind oder Erwachsener), ein von uns bereitgestelltes zahnärztliches Formular ein. Dieses Formular muss von einem Zahnarzt ausgefüllt, unterschrieben und abgestempelt werden.

**Wenn alle allgemeinen Gesundheitsfragen 1–5 mit „Nein“ beantwortet wurden, fahren Sie bitte mit Abschnitt F fort.**

Allgemeine Gesundheitsfragen (Stufe 2)	
Nr.	Liegt bei den Antragstellern eines der folgenden Gesundheitsprobleme vor?
1	Herz-Kreislauf-Störungen (z. B. Bluthochdruck, Angina Pectoris, Brustschmerzen, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Herzfehler, Aneurysma, Krampfadern etc.) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    Wenn ja, bitte machen Sie weitere Angaben auf der nächsten Seite.
2	Atemwegserkrankungen (z. B. Atemnot, Asthma, Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, Lungenentzündung, Bronchitis, Tuberkulose, Allergien, Nasenscheidewandverkrümmung etc.) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    Wenn ja, bitte machen Sie weitere Angaben auf der nächsten Seite.
3	Hormonelle Erkrankungen (z. B. Drüsenstörungen, Diabetes (Typ 1 oder 2), Schilddrüsenstörungen, Cushings-Syndrom, Addison-Krankheit, Morbus Basedow etc.) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    Wenn ja, bitte machen Sie weitere Angaben auf der nächsten Seite.
4	Magen-Darm-Erkrankungen (z. B. Magen-, Darm-, Leber- oder Gallenblasenstörungen, Magenschleimhautentzündung/-geschwüre, Reizdarm, Morbus Crohn, Colitis, Verdauungsstörungen, Hämorrhoiden, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Hepatitis, Leberzirrhose, Gallensteine, Hernien etc.) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    Wenn ja, bitte machen Sie weitere Angaben auf der nächsten Seite.
5	Krebs, Tumore oder Geschwülste (z. B. Polypen, gutartige Geschwülste, Zysten, Karzinome und Präkanzerosen etc.) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    Wenn ja, bitte machen Sie weitere Angaben auf der nächsten Seite.
6	Hirn- und ZNS-Erkrankungen (z. B. Schlaganfall, Demenz, Migräne, chronische Kopfschmerzen, multiple Sklerose, Epilepsie/Anfallsleiden, Ischias, Muskelhypotonie, Parkinson-Krankheit etc.) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    Wenn ja, bitte machen Sie weitere Angaben auf der nächsten Seite.
7	Haut-, Haar- und Nagelerkrankungen (z. B. Ekzem, Dermatitis, Ausschlag, Haarausfall, Alopecia areata, Schuppenflechte, Akne, Zysten, juckende/blutende Muttermale etc.) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    Wenn ja, bitte machen Sie weitere Angaben auf der nächsten Seite.
8	Ohrerkrankungen (Tinnitus, Schwindel, Schwerhörigkeit, Taubheit), Augenerkrankungen (z. B. grauer oder grüner Star, Hornhauterkrankungen, Netzhautablösung) Liegt bei Ihnen eine Sehschwäche von mind. acht Dioptrien oder mehr vor? Falls ja, bitte geben Sie die Dioptrien an: rechtes Auge (Re); linkes Auge (Li) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    Wenn ja, bitte machen Sie weitere Angaben auf der nächsten Seite.
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 etc.) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    Wenn ja, bitte machen Sie weitere Angaben auf der nächsten Seite.
10	Blut-, Infektions- oder Immunerkrankungen (z. B. abnorme Blutwerte, Gerinnungsstörungen, hoher Cholesterinspiegel, Anämie, Malaria, Autoimmunerkrankungen etc.) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    Wenn ja, bitte machen Sie weitere Angaben auf der nächsten Seite.
11	Psychiatrische Erkrankungen/psychische Störungen (z. B. Depressionen, ärztlich behandeltes Stresssyndrom, Angststörung, Geisteskrankheit, Schizophrenie, Zwangs- oder Essstörung, Drogen-/Alkoholsucht etc.) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    Wenn ja, bitte machen Sie weitere Angaben auf der nächsten Seite.
12	Muskel- oder Skeletterkrankungen (z. B. Rheumatismus, Gicht, Arthritis, Rückenbeschwerden, Nacken-/Schulterbeschwerden, Knorpel- und Bänderbeschwerden, Gelenkersatz, Knochenbrüche, Osteoporose, entzündliche Prozesse, Bandscheibenvorfall) Bitte geben Sie an, welche Körperseite oder Wirbelsäulensegmente betroffen sind, falls zutreffend. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    Wenn ja, bitte machen Sie weitere Angaben auf der nächsten Seite.
13	Wurden Sie jemals positiv auf HIV/AIDS oder Hepatitis B, C oder D getestet oder warten Sie auf Behandlungen, Tests, Kontrolluntersuchungen oder Testergebnisse? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    Wenn ja, bitte machen Sie weitere Angaben auf der nächsten Seite.
14	Haben Sie noch andere medizinische Erkrankungen, die nicht oben genannt wurden, bei denen Sie in den letzten 5 Jahren Anzeichen oder Symptome ohne Diagnose hatten, unabhängig davon, ob Sie einen Arzt aufgesucht haben oder nicht? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    Wenn ja, bitte machen Sie weitere Angaben auf der nächsten Seite.

**⚠ Falls eine der oben genannten Fragen 1–14 unter Stufe 2 auf der vorherigen Seite mit "Ja" beantwortet wurde, machen Sie bitte weitere Angaben.**  
**Bitte geben Sie so viele Details wie möglich an, einschließlich der Daten (Beginn und Ende oder Hinweis, ob es sich um eine laufende Erkrankung handelt), Mengen, Häufigkeiten, Diagnose, alle relevanten Tests und Ergebnisse, Scans, erhaltene oder empfohlene Behandlungen sowie die Angaben zum behandelnden Arzt, sofern zutreffend. Bitte fügen Sie unterstützende Dokumente wie medizinische Berichte oder Testergebnisse bei, sofern verfügbar.**

Frage Nr.  Antragsteller Nr.

Diagnose	Krankengeschichte (d.h. seit wann oder Zeitraum)	Behandlung (durchgeführt oder empfohlen)	Beginn und Ende
Name des Medikaments, Dauer der Anwendung, Dosierung/Menge, Häufigkeit	Angaben zum Krankenhaus und Arzt	Weitere Angaben (falls vorhanden)	Beigefügte medizinische Berichte angeben

Frage Nr.  Antragsteller Nr.

Diagnose	Krankengeschichte (d.h. seit wann oder Zeitraum)	Behandlung (durchgeführt oder empfohlen)	Beginn und Ende
Name des Medikaments, Dauer der Anwendung, Dosierung/Menge, Häufigkeit	Angaben zum Krankenhaus und Arzt	Weitere Angaben (falls vorhanden)	Beigefügte medizinische Berichte angeben

Frage Nr.  Antragsteller Nr.

Diagnose	Krankengeschichte (d.h. seit wann oder Zeitraum)	Behandlung (durchgeführt oder empfohlen)	Beginn und Ende
Name des Medikaments, Dauer der Anwendung, Dosierung/Menge, Häufigkeit	Angaben zum Krankenhaus und Arzt	Weitere Angaben (falls vorhanden)	Beigefügte medizinische Berichte angeben

**Falls Sie sich derzeit nicht an Ihre medizinische Vorgeschichte erinnern oder die erforderlichen Unterlagen nicht vorliegen haben, können Sie den behandelnden Arzt kontaktieren und Folgendes anfordern:**

**Bitte stellen Sie einen medizinischen Bericht zur Verfügung, der die genaue Diagnose, diagnostische Befunde einschließlich Untersuchungsberichte, die Krankengeschichte, den aktuellen Status, aktuelle und frühere Behandlungen/Therapien sowie die geplante Behandlung enthält. Der Antragsteller kann auch unseren Bericht zur medizinischen Untersuchung herunterladen und vom Arzt ausfüllen lassen.**

Frage Nr. <input type="text"/> Antragsteller Nr. <input type="text"/>			
Diagnose	Krankengeschichte (d.h. seit wann oder Zeitraum)	Behandlung (durchgeführt oder empfohlen)	Beginn und Ende
Name des Medikaments, Dauer der Anwendung, Dosierung/Menge, Häufigkeit	Angaben zum Krankenhaus und Arzt	Weitere Angaben (falls vorhanden)	Beigefügte medizinische Berichte angeben
Frage Nr. <input type="text"/> Antragsteller Nr. <input type="text"/>			
Diagnose	Krankengeschichte (d.h. seit wann oder Zeitraum)	Behandlung (durchgeführt oder empfohlen)	Beginn und Ende
Name des Medikaments, Dauer der Anwendung, Dosierung/Menge, Häufigkeit	Angaben zum Krankenhaus und Arzt	Weitere Angaben (falls vorhanden)	Beigefügte medizinische Berichte angeben
Frage Nr. <input type="text"/> Antragsteller Nr. <input type="text"/>			
Diagnose	Krankengeschichte (d.h. seit wann oder Zeitraum)	Behandlung (durchgeführt oder empfohlen)	Beginn und Ende
Name des Medikaments, Dauer der Anwendung, Dosierung/Menge, Häufigkeit	Angaben zum Krankenhaus und Arzt	Weitere Angaben (falls vorhanden)	Beigefügte medizinische Berichte angeben

**Falls Sie sich derzeit nicht an Ihre medizinische Vorgeschichte erinnern oder die erforderlichen Unterlagen nicht vorliegen haben, können Sie den behandelnden Arzt kontaktieren und Folgendes anfordern:**

**Bitte stellen Sie einen medizinischen Bericht zur Verfügung, der die genaue Diagnose, diagnostische Befunde einschließlich Untersuchungsberichte, die Krankengeschichte, den aktuellen Status, aktuelle und frühere Behandlungen/Therapien sowie die geplante Behandlung enthält. Der Antragsteller kann auch unseren Bericht zur medizinischen Untersuchung herunterladen und vom Arzt ausfüllen lassen.**

**Weitere Angaben und Bemerkungen:**

**F. Zahlungsangaben**

**Zahlungsweise**  
 Monatlich     Vierteljährlich     Halbjährlich     Jährlich

**Zahlungsform**  
 **Lastschriftverfahren** (nur gültig für Beitragszahlungen in Euro innerhalb der Eurozone\*, UK und Dänemark oder wo von der Bank des Antragstellers explizit angeboten).  
\*Zur Eurozone gehören: Belgien, Bulgarien, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, Irland, Lettland, Litauen, Kroatien, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Portugal, Slowakei, Slovenien, Spanien, Zypern.  
 **Beitragsüberweisung**  
 **Kreditkarte**  
Zusammen mit den Versicherungsunterlagen wird der Zugang zu einer sicheren Internetseite bereitgestellt, über die die Kreditkartendaten zur Aktivierung des Versicherungsschutzes eingegeben werden müssen.

## G. Erklärungen des Hauptantragstellers und von allen zu versichernden Personen

Folgende Punkte sind mir bekannt:

### Verantwortlichkeit für den Inhalt des Antrags

Bevor die Antragsteller ihre Absicht zum Abschluss des Versicherungsvertrags erklären, müssen dem Versicherer alle bekannten und vom Versicherer angeforderten Umstände angezeigt werden, die für die Entscheidung des Versicherers über die Annahme des vereinbarten Versicherungsschutzes von Bedeutung sind.

Erkrankungen, die zwischen dem Unterzeichnen des Antragsformulars und dem Datum der Unterzeichnung der Besonderen Versicherungsbedingungen auftreten, werden ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet.

Zu den Rechtsfolgen bei unrichtiger Beantwortung der Gesundheitsfragen verweist der Versicherer auf die Ausführungen zu den Gesundheitsfragen.

### Berufsgeheimnis, Auftragsverarbeitung und Auftragsverarbeitung an Cloud Computing-Dienstleister

Foyer Global Health S.A. legt großen Wert auf die Wahrung des Berufsgeheimnisses und der Vertraulichkeit der Daten seiner Kunden und verpflichtet sich, jederzeit alle notwendigen und erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um die Vertraulichkeit der Daten nach höchsten Qualitätsnormen und in Übereinstimmung mit den geltenden Vorschriften zu gewährleisten.

Um eine optimale Dienstleistung, die hohen Qualitätsnormen entspricht, zu erbringen, und seinen Kunden die fortschrittlichsten Technologien zur Verfügung zu stellen, kann der Versicherer externe Dienstleister, Unterpelieferanten und Technologien einsetzen, die Cloud Computing nutzen.

In jedem Fall werden die übermittelten Daten nach hohen Sicherheitsstandards und in Übereinstimmung mit den geltenden Vorschriften, einschließlich der Bestimmungen der DSGVO, geschützt.

Im Rahmen der Durchführung des Versicherungsvertrags und zur Gewährleistung einer optimalen Erbringung der Versicherungsleistungen nach hohen Qualitätsstandards greift der Versicherer auf externe Dienstleister sowie auf Cloud-Dienste zurück. In diesem Zusammenhang werden Informationen und Angaben, die alle zu versichernden Personen, einschließlich des Hauptantragstellers, betreffen – insbesondere personenbezogene Daten (wie Geschlecht, Titel, Nachname, Vorname, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Geburtsdatum) sowie Kommunikationsdaten (wie Aufzeichnungen über Telefone, E-Mails, soziale Netzwerke oder das Portal) – den jeweiligen Dienstleistern zur Verfügung gestellt und offengelegt.

Durch die Unterzeichnung dieses Antragsformulars erkennen alle zu versichernden Personen, einschließlich des Hauptantragstellers, ausdrücklich die vorgenannte Auftragsverarbeitung und Nutzung von Cloud-Diensten sowie die damit verbundene erforderliche Übermittlung und Offenlegung von Informationen und Daten an. Sie akzeptieren, stimmen zu und erteilen hierfür ihre ausdrückliche Einwilligung. Weitere Einzelheiten hierzu finden sich im Versicherungsvertrag sowie auf der Internetseite des Versicherers unter dem Link <https://www.foyer.lu/de/transparency>.

Alle zu versichernden Personen, einschließlich des Hauptantragstellers, erkennen außerdem ausdrücklich an, akzeptieren, stimmen zu und willigen ein, dass die auf der Internetseite des Versicherers veröffentlichten Informationen von Zeit zu Zeit geändert und/oder ergänzt werden können, und verpflichten sich ausdrücklich, diese Internetseite regelmäßig zu konsultieren.

Die auf der Internetseite des Versicherers veröffentlichte Unterauftragstabelle gibt Auskunft über die derzeit bestehenden Auftragsverarbeitungen, die genaue Art der ausgelagerten Dienstleistungen, die Art der übermittelten Informationen sowie das Land des Firmensitzes des bzw. der Dienstleister(s). Sollte ein Dienstleister nicht einer beruflichen Verschwiegenheitspflicht unterliegen, die mit jener des Versicherers vergleichbar ist, schließt der Versicherer mit diesem Dienstleister eine Vertraulichkeitsvereinbarung ab, um dessen Verpflichtung zur Einhaltung einer solchen Vertraulichkeit im Rahmen der betreffenden Auftragsverarbeitung sicherzustellen.

Im Falle einer Änderung der Unterauftragstabelle (Beispiele: Hinzufügung eines Unterpelieferanten, Einsatz von Cloud Computing) wird der Hauptantragsteller per E-Mail und/oder auf andere geeignete Weise wirksam über die Änderung informiert. Der Hauptantragsteller verpflichtet sich, alle zu versichernden Personen über eine solche Änderung zu informieren.

Hat der Hauptantragsteller innerhalb von 2 Monaten nach einer Änderung der Unterauftragstabelle nicht schriftlich widersprochen, so wird davon ausgegangen, dass alle zu versichernden Personen sowie der Hauptantragsteller der betreffenden Auftragsverarbeitung unwiderruflich zugestimmt haben. Im Falle eines Widerspruchs des Hauptantragstellers muss dieser dem Versicherer per Einschreiben mitgeteilt werden. Dies gilt als Kündigung erst zum nächsten Fälligkeitsdatum.

Hat der Hauptantragsteller mehrere Versicherungsverträge mit dem Versicherer abgeschlossen, muss der Hauptantragsteller einen Widerspruch pro Versicherungsvertrag einreichen.

### Vorversicherungen

Für jeden im Antrag genannten Antragsteller sind alle Angaben zu Krankenversicherungen der letzten 3 Jahre (einschließlich aller Daten zu obligatorischen gesetzlichen/privaten/öffentlichen Krankenversicherungen) für stationäre, ambulante und zahnärztliche Leistungen aufzuführen.

### Antragsstellung und Annahme Ihres Antrags auf Krankenversicherung

Der Versicherungsantrag verpflichtet weder den Antragsteller noch den Versicherer zum Abschluss des Versicherungsvertrags. Der Versicherer wird den Antragsteller innerhalb von 30 Tagen ab Erhalt des Versicherungsantrags über sein Angebot zum Abschluss eines Versicherungsvertrags, eventuellen Bedarf an weiteren Informationen oder die Ablehnung des eingereichten Versicherungsantrags informieren. Der Versicherer gewährt den Versicherungsschutz nach Treu und Glauben, in der Annahme, dass der Antragsteller alle vor Beginn des Versicherungsvertrags gestellten, relevanten Fragen richtig und vollständig beantwortet hat (dies wird als ‚vorvertragliche Anzeigepflicht‘ bezeichnet).

Der Abschluss des Versicherungsvertrags unterliegt der schriftlichen Annahme des Antrags durch den Versicherer. Die Zahlung des ersten Beitrags an den Vermittler oder den Versicherer stellt keine Annahme des Antrags durch den Versicherer dar.

Mit der Unterzeichnung dieses Antragsformulars bestätigen die Antragsteller, dass sie die Bestimmungen in diesem Antragsformular, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den Speziellen Versicherungsbedingungen gelesen und verstanden haben und diese ausdrücklich anerkennen, akzeptieren und ihnen zustimmen.

Darüber hinaus verpflichten sich die Antragsteller, die Besonderen Versicherungsbedingungen zu unterzeichnen, sollte der Versicherer den Antrag annehmen.

Die Antragsteller erklären sich ausdrücklich damit einverstanden, dass alle Mitteilungen vom Versicherer bezüglich des Versicherungsvertrags an die Antragsteller gerichtet werden können. Der Hauptantragsteller verpflichtet sich, die zu versichernden Personen gegebenenfalls über solche Mitteilungen zu informieren, wodurch der Versicherer für die Nichterfüllung dieser Verpflichtung durch den Hauptantragsteller nicht haftbar gemacht werden kann.

### Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Mit der Unterschrift dieses Antragsformulars erklären sich die Antragsteller damit einverstanden, dass Personen und Einrichtungen Foyer Global Health S.A. Informationen über den Gesundheitszustand und Behandlungen zur Verfügung stellen dürfen.

Sollten die Antragsteller die Zustimmung nicht erteilen, ist ihnen bekannt, dass:

1. die Antragsteller in jedem Einzelfall entscheiden müssen, ob bestimmten Personen oder Institutionen die Einwilligung erteilt wird, dass diese Informationen an Foyer Global Health S.A. weiterleiten dürfen.
2. dies zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Die Versicherungsunterlagen sowie alle Informationen bezüglich des Versicherungsvertrags sollen versandt werden:

- an die Korrespondenzadresse des Hauptantragstellers  
 an den folgenden Versicherungsvermittler, dem die Antragsteller das Mandat erteilt haben, diese in deren Namen zu erhalten:

<b>Vom Versicherungsvermittler auszufüllen:</b>	
Der Vermittler ist befugt als Bevollmächtigter (mandataire) der Antragsteller zu handeln, mit dem Auftrag, in deren Namen und auf deren Rechnung alle Informationen und Unterlagen im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag vom Versicherer einzuholen und entgegenzunehmen.	<b>Haben die Antragsteller, während dem Ausfüllen dieses Antrags, Angaben gemacht, die nicht hierin festgehalten wurden?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <b>Wenn ja, welche?</b>

### Direktmarketing

- Mit der Unterschrift erklären sich die Antragsteller damit einverstanden, dass 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. Bitte nur einmal unterschreiben, sofern der Hauptantragsteller und Antragsteller 1 identisch sind.

<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Ort und Datum</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Unterschrift des Hauptantragstellers</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Antragsteller 1 (sofern abweichend vom Hauptantragsteller)</p>
<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Antragsteller 2</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Antragsteller 3</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Antragsteller 4</p>
<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Versicherungsvermittler und Nummer</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Untervermittler 1, Name und Nummer</p>	
<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Unterschrift des Versicherungsvermittlers</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 25px;"></div> <p>Untervermittler 2, Name und Nummer</p>	

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Antrag per E-Mail an [sales@globalhealth.insurance](mailto:sales@globalhealth.insurance)