Antrag auf internationale Krankenversicherung Journey Tarif Basic

⚠ **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)

☐ Ich handle ausschließlich als Versicherungsnehmer und nicht als Versicherte Person ☐ Ich handle als Versicherungsnehmer und als Versicherte Person

Beginn des Versicherungsschutzes (TT/MM/JJJJ)

☐ Datum der Unterschrift ☐ Oder geben Sie ein zukünftiges Startdatum an:

Geschlecht ☐ M ☐ W	**Titel**
Vorname	**Nachname**
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	**Berufliche Tätigkeit und Branche**
Korrespondenzanschrift	
Gebäudename/Nummer	**Straße und Hausnummer**
PLZ und Ort	**Land und Region**
Kontaktdaten: Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)	**Kontaktdaten: E-Mail-Adresse**
Früherer oder aktueller Kunde von Globality S.A. und/oder Foyer Global Health S.A.? ☐ Ja ☐ Nein	**Falls ja, bitte Versicherungsnummer(n) angeben**
Nationalität oder Nationalitäten	
Land, in dem der Antrag unterzeichnet wird	**Zukünftiges Aufenthaltsland (das Land, in dem Antragsteller 1 zukünftig leben wird)**

Vertragssprache (alle Korrespondenzen/Dokumente werden in dieser Sprache bereitgestellt)

☐ Englisch ☐ Deutsch ☐ Französisch ☐ Spanisch

B. Antragsteller

Antragsteller 2

Beginn des Versicherungsschutzes (TT/MM/JJJJ)

☐ Datum der Unterschrift ☐ Oder geben Sie ein zukünftiges Startdatum an:

Geschlecht ☐ M ☐ W	**Titel**
Vorname	**Nachname**
Verhältnis zum Hauptantragsteller ☐ (Ehe-)Partner ☐ Kind	
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	**Berufliche Tätigkeit und Branche**
Korrespondenzanschrift ☐ Gleiche Anschrift wie der Hauptantragsteller ☐ Abweichende Anschrift	
Gebäudename/Nummer	**Straße und Hausnummer**
PLZ und Ort	**Land und Region**
Kontaktdaten: Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)	**Kontaktdaten: E-Mail-Adresse**
Früherer oder aktueller Kunde von Globality S.A. und/oder Foyer Global Health S.A.? ☐ Ja ☐ Nein	**Falls ja, bitte Versicherungsnummer(n) angeben**
Nationalität oder Nationalitäten	
Land, in dem der Antrag unterzeichnet wird	**Zukünftiges Aufenthaltsland (das Land, in dem Antragsteller 2 zukünftig leben wird)**

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

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

C. Tarifstufen und Zielregionen

Vertragswährung:

☐ EUR
☐ USD
☐ GBP
☐ CHF

Antrag-steller	Tarifstufe			Zielregion
1	**Basic**	Keine Selbstbeteiligung	Feste Zuzahlung von 20 %	☐ **Zielregion I: Weltweit einschließlich Vereinigte Staaten von Amerika** ☐ **Zielregion II: Weltweit ohne Vereinigte Staaten von Amerika**
2	**Basic**	Keine Selbstbeteiligung	Feste Zuzahlung von 20 %	☐ **Zielregion I: Weltweit einschließlich Vereinigte Staaten von Amerika** ☐ **Zielregion II: Weltweit ohne Vereinigte Staaten von Amerika**
3	**Basic**	Keine Selbstbeteiligung	Feste Zuzahlung von 20 %	☐ **Zielregion I: Weltweit einschließlich Vereinigte Staaten von Amerika** ☐ **Zielregion II: Weltweit ohne Vereinigte Staaten von Amerika**
4	**Basic**	Keine Selbstbeteiligung	Feste Zuzahlung von 20 %	☐ **Zielregion I: Weltweit einschließlich Vereinigte Staaten von Amerika** ☐ **Zielregion II: Weltweit ohne Vereinigte Staaten von Amerika**

⚠ **Hinweis:**

- Zuzahlungen gelten nur für ambulante Behandlungen.
- 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.

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?

Antrag-steller	Antwort	Vorversicherer	Versicherungsnummer	Versicherungsumfang	Beginn (TT/MM/JJJJ)	Ende (TT/MM/JJJJ)
1	☐ Ja ☐ Nein			☐ Stationär ☐ Ambulant ☐ Zahn		
2	☐ Ja ☐ Nein			☐ Stationär ☐ Ambulant ☐ Zahn		
3	☐ Ja ☐ Nein			☐ Stationär ☐ Ambulant ☐ Zahn		
4	☐ Ja ☐ Nein			☐ Stationär ☐ Ambulant ☐ Zahn		

2. Bitte geben Sie den Namen und die Anschrift des Arztes an, der am ehesten 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.

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

E. Gesundheitszustand

⚠ **Bitte nur eine der beiden nachfolgenden Optionen wählen. Ist keine der beiden Optionen angekreuzt (☐) erfolgt eine vollständige medizinische Gesundheitsprüfung.**

☐ **Moratorium**
Diese Option ist nur verfügbar, wenn alle Antragsteller zum Zeitpunkt der Antragstellung (gemäß dem Datum der Unterschrift in Abschnitt G) 55 Jahre oder jünger sind. Wird diese Option ausgewählt, sollten die Gesundheitsfragen in Abschnitt E nicht beantwortet werden, da alle Vorerkrankungen und damit verbundenen Gesundheitsstörungen während einer Wartezeit von mindestens 24 Monaten ab Versicherungsbeginn vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Weitere Einzelheiten hierzu finden Sie in den Versicherungsbedingungen. Wenn Sie sich für ein Moratorium entscheiden, fahren Sie bitte direkt mit Abschnitt F fort.

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

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.

⚠ **Hat der Antragsteller in Abschnitt E „Moratorium" ausgewählt, kann der folgende Fragebogen übersprungen und mit Abschnitt F fortgefahren werden.**

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?	cm kg	cm kg	cm kg	cm kg
2a	Rauchen Sie mehr als 20 Zigaretten oder konsumieren Sie mehr als 1 E-Zigarette (10 mg/ml) pro Tag?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie viele?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie viele?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie viele?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie viele?
2b	Wurden Sie jemals wegen einer Drogen- oder Substanzabhängigkeit behandelt, diagnostiziert oder leiden Sie derzeit daran?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, geben Sie bitte weitere Details wie z.B. Behandlungen oder Rehabilitationsdaten, den aktuellen Status usw. an.	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, geben Sie bitte weitere Details wie z.B. Behandlungen oder Rehabilitationsdaten, den aktuellen Status usw. an.	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, geben Sie bitte weitere Details wie z.B. Behandlungen oder Rehabilitationsdaten, den aktuellen Status usw. an.	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, geben Sie bitte weitere Details wie z.B. Behandlungen oder Rehabilitationsdaten, den aktuellen Status usw. an.
3	Trinken Sie mehr als 14 Alkoholeinheiten pro Woche? Alkohol: Einheiten (1 Einheit = 250 ml Bier / 100 ml Wein / 25 ml Spirituosen)	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie viele?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie viele?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie viele?	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie viele?

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?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
2	Haben Sie verschreibungspflichtige oder rezeptfreie Medikamente oder alternative/pflanzliche/traditionelle Heilmittel eingenommen, nehmen Sie diese aktuell ein oder erwägen Sie deren Einnahme?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
3	Wurden bei Ihnen diagnostische Tests durchgeführt oder empfohlen, mit oder ohne Diagnose, oder haben Sie bei Vorsorgeuntersuchungen auffällige Befunde erhalten?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
4	Leiden Sie aktuell an einer Krankheit oder Verletzung, haben Sie ungeklärte Symptome, körperliche oder Organfehlbildungen, angeborene Fehlbildungen oder Behinderungen?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
5	Tragen Sie Implantate (ausgenommen hiervon sind Zahnimplantate), Stents, Prothesen oder andere medizinische Geräte im Körper?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

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

Spezifische Gesundheitsfragen (Stufe 2)

⚠ **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

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

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.

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, Slovakei, 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, Unterlieferanten 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 Unterlieferanten, 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 Antragssteller die Zustimmung nicht erteilen, ist ihnen bekannt, dass:
1. die Antragsteller in jedem Einzelfall entscheiden müssen, ob bestimmten Personen oder Institutionen die Einwilligung erteilen 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:

Vom Versicherungsvermittler auszufüllen:	
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.	**Haben die Antragsteller, während dem Ausfüllen dieses Antrags, Angaben gemacht, die nicht hierin festgehalten wurden?** ☐ **Nein** ☐ **Ja** **Wenn ja, welche?**

Direktmarketing

☐ Mit der Unterschrift erklären sich die Antragssteller 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.

Ort und Datum	Unterschrift des Hauptantragstellers	Antragsteller 1 (sofern abweichend vom Hauptantragsteller)
Antragsteller 2	Antragsteller 3	Antragsteller 4

Versicherungsvermittler und Nummer	Untervermittler 1, Name und Nummer
Unterschrift des Versicherungsvermittlers	Untervermittler 2, Name und Nummer

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Antrag per E-Mail an sales@globalhealth.insurance