

Eingang bei der Globality S.A.:
Datum/ Sachbearbeiter
Vermittler Name Agentur DB 2001
Vermittler Nummer 907010033

Beitrittserklärung zur Gruppenversicherung

Globality CoGenio®

Globality S.A.

13, rue Edward Steichen · L-2540 Luxembourg
Tel.: +352 270 444 3502, E-Mail: service-cogenio@globality-health.com

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

Beitrittserklärung zur Gruppenversicherung

Ich erkläre den Beitritt/ beantrage die Mitversicherung der unter Person 1, 2, 3 und 4 aufgeführten Personen zum Gruppenvertrag mit der Gruppenvertragsnummer 83372.

Der Gruppenversicherungspartner Agentur DB 2001 ist Versicherungsnehmer.

A. Angaben zum Beitretenden (Person 1)

Vorname(n)	Nachname	Titel		Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Versicherungsbeginn
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Nationalität	Beruf			Berufsstatus
Gebäude/ Stockwerk	Straße und Hausnummer		PLZ und Ort		Land und Region
Mobiltelefon (+ Landesvorwahl)		Telefax (+ Landes- und Ortsvorwahl)		E-Mail	
<input type="checkbox"/> Neu, noch nicht Kunde der Globality S.A.		<input type="checkbox"/> Bereits Kunde der Globality S.A./ Vers.-Nr.			
Korrespondenzanschrift <input type="checkbox"/> wie oben <input type="checkbox"/> abweichend:	Gebäude/ Stockwerk	Straße und Hausnummer		PLZ und Ort	Land und Region

B. Angaben zu den versicherten Personen

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

C. Weitere Angaben zu den versicherten Personen

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

Heimatland:

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

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

D. Tarifstufen und Zielregionen für Globality CoGenio®

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

*Tarifstufe Classic nur mit Selbstbeteiligung i.H.v. 250 €/ 325 US\$/ 210 £. **Gesamtbeitrag (für alle Personen)** 0

E. Vorversicherung

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

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

F. Fragen zur Gesundheit

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

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

Alle Fragen sind ausführlich zu beantworten. Geben Sie auch Beschwerden, Krankheiten und Unfallfolgen an, die Sie als unwesentlich ansehen. Striche gelten nicht als Antwort. **Reicht der Platz nicht**, so antworten Sie auf einem gesonderten Blatt unter Angabe der Personenziffer und weisen Sie in der Beitrittserklärung auf dieses Blatt hin. Falls Sie dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, ist es erforderlich, diese gegenüber der Globality S.A. **innerhalb von drei Tagen schriftlich nachzuholen**; bitte weisen Sie dann in der Beitrittserklärung auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin. Werden die auf Seite 2 gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, können wir bei nichtvorsätzlicher Verletzung der Anzeigepflicht innerhalb eines Monats nach Kenntnisnahme von der Anzeigepflichtverletzung ein neues Angebot erstellen, das dem erhöhten versicherungsmedizinischen Risiko Rechnung trägt (Risikozuschlag oder Leistungsausschluss). Das neue Angebot muss innerhalb eines Monats nach Erhalt angenommen werden. Wird das Angebot binnen dieser Frist nicht angenommen, so haben wir das Recht, das Versicherungsverhältnis zu beenden. Das Versicherungsverhältnis ist nichtig, wenn durch vorsätzliche Verletzung der Anzeigepflicht die Beurteilung des Risikos derart verändert wird, dass wir den Versicherungsschutz bei Kenntnis des verschwiegenen Umstandes nicht zu denselben Bedingungen abgeschlossen hätten. In diesem Fall sind Sie verpflichtet, empfangene Versicherungsleistungen zurückzuzahlen. Gezahlte Beiträge bleiben uns erhalten. **Für bereits versicherte**

Personen brauchen Gesundheitsstörungen und Behandlungen in den letzten fünf Jahren, die der Globality S.A. durch anlässlich eines bestehenden Versicherungsvertrages eingereichte Rechnungen oder ärztliche Bescheinigungen lückenlos bekannt sind, nicht angegeben zu werden. Erkrankungen, die zwischen dem Unterzeichnen der Beitrittserklärung und der Bestätigung durch die Globality S.A. auftreten, werden ebenfalls als Vorerkrankung betrachtet. Daher ist es notwendig, dass Sie uns über jegliche Änderungen der gemachten Angaben zwischen Einreichung der Beitrittserklärung und deren Annahme durch uns informieren.

	Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
Größe und Gewicht	In cm/In kg <input style="width: 40px;" type="text"/>		<input style="width: 40px;" type="text"/>		<input style="width: 40px;" type="text"/>		<input style="width: 40px;" type="text"/>	
1. Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen oder haben Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Werden Arzneimittel (z. B. Tabletten, Salben) angewendet? Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist eine ambulante/stationäre Behandlung oder Untersuchung angedacht oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Besteht eine Fehlsichtigkeit von 8 Dioptrien oder mehr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Besteht ein körperlicher/organischer Fehler, ein chronisches Leiden, eine Wehrdienstbeschädigung, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit/eine Behinderung (Grad)? Wenn ja, bitte Bescheid beifügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hat in den letzten 3 Jahren ein Zahnarztbesuch stattgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Findet zurzeit eine Zahnbehandlung, die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer-(Zahn-)Regulierung statt oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angedacht worden? (Wenn ja, ist ein aktueller Heil- und Kostenplan erforderlich.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähne sowie Zähne, bei denen die Lücken durch benachbarte Zähne geschlossen wurden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, Anzahl <input style="width: 40px;" type="text"/>		<input style="width: 40px;" type="text"/>		<input style="width: 40px;" type="text"/>		<input style="width: 40px;" type="text"/>	

Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1 bis 9 und 12, wenn mit „Ja“ beantwortet:						
Person	Zu Frage	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (was wurde festgestellt?); Höhe der Dioptrienwerte? Frage 12: Welche Maßnahmen?	Zeitraum der Behandlungen/Beschwerden (von – bis)	Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser: Wer kann Auskunft geben?	Seit wann behandlungs-/beschwerdefrei?	

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

G. Besondere Vereinbarungen* bzw. Bemerkungen

*Bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Globality S.A.

H. Zahlungsmodalitäten

Beitragszahlung durch <input type="checkbox"/> Beitretenden <input type="checkbox"/> Gruppenvertragspartner	Zahlungsweise <input type="checkbox"/> Monatlich <input type="checkbox"/> Vierteljährlich <input type="checkbox"/> Halbjährlich <input type="checkbox"/> Jährlich
Zahlungsform <input type="checkbox"/> Beitragsüberweisung an die Globality S.A. – EURO Konto BGL BNP Paribas · IBAN: LU090030309301020000 · BIC Code: BGLLLLULL <input type="checkbox"/> Beitragsüberweisung an die Globality S.A. – USD Konto BGL BNP Paribas · IBAN: LU450030309301173000 · BIC Code: BGLLLLULL <input type="checkbox"/> Beitragsüberweisung an die Globality S.A. – GBP Konto (nur für Prämienzahlungen in GBP) HSBC · IBAN: GB87MIDL40025081330713 · Swift Code: MIDLGB22 · Sort Code: 400250	
<input type="checkbox"/> Kreditkarte Aus datenschutzrechtlichen Gründen werden die Daten Ihrer Kreditkarte über eine speziell gesicherte Webfunktion abgefragt. Den Link zu dieser Seite erhalten Sie mit Ihren Versicherungsunterlagen. Bitte folgen Sie diesem Link und geben Sie die entsprechenden Daten nach Erhalt der Unterlagen ein. 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.	
<input type="checkbox"/> Lastschriftverfahren (nur gültig für Beitragszahlungen in Euro innerhalb der Eurozone*, UK und Dänemark). Bitte senden Sie uns das ausgefüllte SEPA Lastschriftmandat zusammen mit dem Antragsformular zu. *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 Konto zwecks Leistungszahlung des Versicherers an, falls bereits vorhanden.

Kontoinhaber	Geldinstitut
Konto-Nummer	BLZ
PLZ/Ort	Land
Swift (BIC)	IBAN

SEPA-Lastschrift-Mandat

⚠ Bitte beachten Sie, das SEPA Lastschrift Mandat ist nur gültig für Zahlungen in Euro innerhalb der Euro Zone, Großbritannien und Dänemark. Es gilt nicht für Zahlungen in USD oder GBP und für Zahlungen außerhalb der Euro Zone.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mandatsreferenz – vom Zahlungsempfänger auszufüllen

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) 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	*	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	1
		Name des Kontoinhabers	
Anschrift des Zahlungspflichtigen	*	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	2
		Straße und Hausnummer	
	*	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	3
		Postleitzahl Ort	
	*	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	4
		Land	
IBAN des Zahlungspflichtigen	*	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	5
		Internationale Bankkontonummer – IBAN des Zahlungspflichtigen	
	*	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	6
		BIC / SWIFT Code des Instituts des Zahlungspflichtigen	
Name des Zahlungsempfängers	**	<input style="width: 95%; height: 20px; background-color: #e0f0e0;" type="text" value="Globality S.A."/>	7
		Name des Zahlungsempfängers	
	**	<input style="width: 95%; height: 20px; background-color: #e0f0e0;" type="text" value="LU53ZZZ000000000LU22284578"/>	8
		Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers / Gläubiger-Identifikationsnummer	
	**	<input style="width: 95%; height: 20px; background-color: #e0f0e0;" type="text" value="13, rue Edward Steichen"/>	9
		Straße und Hausnummer	
	**	<input style="width: 45%; height: 20px; background-color: #e0f0e0;" type="text" value="L-2540"/> <input style="width: 45%; height: 20px; background-color: #e0f0e0;" type="text" value="Luxembourg"/>	10
		Postleitzahl Ort	
	**	<input style="width: 95%; height: 20px; background-color: #e0f0e0;" type="text" value="Luxembourg"/>	11
		Land	
Zahlungsart	*	<input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung	12

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

Name des Versicherungsnehmers		<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	13
		Vorname und Name	
Policen Nummer / Versicherungsnummer falls bekannt		<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	14
Unterschriftet in*		<input style="width: 30%; height: 20px;" type="text"/>	15
		Ort	
		Datum * <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>	
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen*		<input style="width: 95%; height: 40px; background-color: #e0f0e0;" type="text" value="X"/>	
		Unterschrift(en)	

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

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular, wenn Sie ein Individualkunde sind, an: service-yougenio@globality-health.com

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular, wenn Sie ein Gruppenkunde sind, an: service-group@globality-health.com

Für interne Vermerke

Erklärungen des Beitretenden und der zu versichernden Person(en)

Mir ist bekannt

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen innerhalb von 14 Tagen schriftlich widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Tag, an dem Ihnen der Versicherungsausweis sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugegangen sind. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs per Post, E-Mail oder Telefax. Der Widerruf ist zu richten an Globality S.A., 13, rue Edward Steichen, L-2540 Luxembourg. Bei einem Widerruf per E-Mail oder per Telefax ist dieser zu richten an service-cogenio@globality-health.com, +352 270 444 3599.

Widerrufsfolgen

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

Verantwortlichkeit für den Inhalt der Beitrittserklärung

Ich muss bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung die mir bekannten Gefahrenumstände, die für den Entschluss des Versicherten, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzeigen.

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

Anwendbares Recht

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

Aufsichtsbehörde

Etwaige Beschwerden können an die 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 versicherten Kinder und alle weiteren von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten 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 versicherten Kinder und alle weiteren mitversicherten 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 Auskunft einholt.

Antragsstellung und Annahme Ihrer Beitrittserklärung zur Gruppenversicherung

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

Beginn des Versicherungsschutzes

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

Vertragsgrundlagen

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

Eine Durchschrift der Beitrittserklärung erhalte ich sofort nach Unterzeichnung.

Umwandlung:

- AVB für den Tarif Globality CoGenio®

Bei Vertragsumwandlung (z. B. Tarifstufenwechsel) gelten die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif Globality CoGenio® genannten Tarifmerkmale für die neue Tarifstufe von dem im Nachtrag zum Versicherungsausweis genannten Umwandlungstermin an.

- Widerrufsrecht

Kommt eine beantragte Umwandlung nicht zustande, weil von dem gesetzlichen Widerrufsrecht Gebrauch gemacht wird, bleibt es bei dem bisherigen Versicherungsschutz.

- Anrechnung der Laufzeit

Die Laufzeit der bisherigen Versicherung wird bei der Umwandlung auf die neue Versicherung angerechnet.

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

- Versicherungsjahr

Bei der Umwandlung ändert sich das Versicherungsjahr nicht.

- Zuschläge für erhöhtes Risiko, Einschränkungen, Ausschlüsse

Waren vor einer Umwandlung der Versicherung Zuschläge für erhöhtes Risiko zu zahlen, werden sie zu den gleichen Prozentsätzen auch von den neuen Tarifbeiträgen erhoben, wenn nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird.

Die entsprechenden Beträge der Zuschläge nehmen an Beitragsveränderungen (z. B. Beitragsanpassungen) teil.

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

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

Versicherbarer Personenkreis

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

Vorversicherung

Sie sind dazu verpflichtet der Globality S.A. Ihre bisherige Krankenversicherung (wo waren Sie versichert, gesetzliche/private Krankenversicherung) der letzten 5 Jahre mitzuteilen.

I. Schlusserklärungen

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

- Mit meiner Unterschrift gebe ich auch meine Zustimmung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe von personenbezogenen Daten sowie die Vollmacht zur Weitergabe medizinischer Informationen (in einigen gesetzlichen Regelungen bezeichnet als Schweigepflichtentbindung) wie auf Seite 5 aufgeführt. Diese Zustimmung gilt für mich, für meine versicherten Kinder und für die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen.
- Ich erteile keine Vollmacht an Personen und Einrichtungen im Rahmen derer Informationen zu meinem Gesundheitszustand und der von ihnen vorgenommenen Heilbehandlungen, gemäss der auf Seite 5 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.

Vom Vermittler auszufüllen:
 Wurden zu den Fragen in dieser Beitrittserklärung Ihnen gegenüber auch Angaben gemacht, die nicht in diesem Vordruck festgehalten worden sind?
 Nein Ja
 Wenn ja, welche?

Die Entscheidung für diese Alternative kann

1. den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt bzw. sogar zur Ablehnung des Antrags führen.
2. zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

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

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

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

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 5 und 6 abgedruckten Erklärungen ab (unter anderem Erklärung zum Widerrufsrecht und zum Datenschutz). Drüber hinaus bestätige ich, dass ich die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zum Tarif Globality CoGenio® gelesen und verstanden habe.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

Unterschrift des Vermittlers

Agentur DB 2001, No. 907010033

Vermittlername und -nummer

Sub-Vermittler 1 Name und -nummer

Sub-Vermittler 2 Name und -nummer

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