

Eingang bei der DKV Globality S.A.:

Datum/ Sachbearbeiter

GLOBALITY ^{DKV}



Antrag auf Krankenversicherung

Globality YouGenio®

DKV Globality S.A.

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

DKV Globality S.A.
Verwaltungsrät: Martin von Kiær, Wolfgang Diels, Horst Weber
Handelsregister: B 134471

Antrag auf Krankenversicherung (Einzelversicherung)

Ich beantrage den Abschluss einer Krankenversicherung nach dem Tarif Globality YouGenio® für die unter Person 1, 2, 3 und 4 aufgeführten Personen.

A. Angaben zum Antragsteller

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 DKV Globality S.A.		<input type="checkbox"/> Bereits Kunde der DKV 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	Ehepartner	Lebenspartner	Kind	Antragsteller	Geburtsdatum	Geschlecht m w	Nationalität	Beruf	Versicherungsbeginn
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
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

Aufenthaltsland/ zukünftiges Aufenthaltsland:

Heimatland:

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

D. Tarifstufen und Zielregionen für Globality YouGenio®

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)**

E. Sonstige Angaben

Bestand oder besteht ein anderer Krankenversicherungsschutz? (Inklusive 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

Wenn Sie ab Beginn des Versicherungsschutzes eine vollständige Deckung unter Einschluss von Vorerkrankungen beantragen, müssen Sie die unten aufgeführten Gesundheitsfragen beantworten. Auf der Grundlage Ihrer Antworten zu den Gesundheitsfragen wird Ihnen mitgeteilt, ob Sie im Rahmen dieses grundsätzlich versicherbar sind, ob ggf. Risikozuschläge erforderlich sind oder Leistungsausschlüsse gelten werden.

- Ich möchte den kompletten Versicherungsschutz unter Einschluss von Vorerkrankungen, daher werde ich die u.a. Gesundheitsfragen beantworten.
- Ich wähle das Moratorium. Ich fülle daher die unten aufgeführten Gesundheitsfragen nicht aus. In diesem Fall sind Vorerkrankungen und ihre Folgen während einer Wartezeit von 24 Monaten nicht gedeckt. Bitte informieren Sie sich auf den Seiten 4 und 5 über die Optionen eines Moratoriums.

Wichtig: Bitte beachten Sie folgende Hinweise (s. auch „Verantwortlichkeit für den Inhalt des Antrags“, Seite 4): 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 dem Antrag auf dieses Blatt hin. Falls Sie dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, ist es erforderlich, diese gegenüber der DKV Globality S.A. **innerhalb von drei Tagen schriftlich** nachzuholen; bitte weisen Sie dann in dem Antrag auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin.

Werden die auf dieser Seite gestellten 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 kündigen, sofern wir beweisen, dass wir das Risiko in keinem Fall versichert hätten. Der Vertrag ist nichtig, wenn durch vorsätzliche Verletzung der Anzeigepflicht die Beurteilung des Risikos für uns nicht möglich ist. In diesem Fall sind Sie verpflichtet, empfangene Versicherungsleistungen zurückzuzahlen. Gezahlte Beiträge bleiben uns erhalten. **Besteht bei DKV Globality S.A. bereits Versicherungsschutz** brauchen Gesundheitsstörungen und Behandlungen in den letzten fünf Jahren, die der DKV 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 des Antragsformulars und der Bestätigung durch die DKV Globality auftreten, werden ebenfalls als Vorerkrankungen betrachtet. **Daher ist es notwendig, dass Sie uns über jegliche Änderung der gemachten Angaben zwischen Einreichung des Antragsformulars und dessen Annahme durch uns informieren.**

Größe und Gewicht	Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
	in cm / in kg							
	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
1. Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen oder haben Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Werden Arzneimittel (z. B. Tabletten, Salben) angewendet? Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist eine ambulante/stationäre Behandlung oder Untersuchung angeraten 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 angeraten 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 Zähnen, 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 der fehlenden Zähne _____							

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

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

G. Besondere Vereinbarungen* bzw. Bemerkungen

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

H. Zahlungsmodalitäten

Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> jährlich

Zahlungsform
<input type="checkbox"/> Beitragsüberweisung an die DKV Globality S.A.: BGL BNP Paribas · IBAN: LU090030309301020000 · WL BIC Code BGLLLL
<input type="checkbox"/> Kreditkarte <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard
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 Luxemburger Konto (siehe gesondertes Formular)
<input type="checkbox"/> Lastschriftverfahren Deutsches Konto (falls abweichend vom Leistungskonto, siehe gesondertes Formular)

Geben Sie bitte ein Konto zwecks Leistungszahlung des Versicherers an, falls bereits vorhanden.

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

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 zu der Schweigepflichtentbindung, wie auf Seite 4 aufgeführt. Diese Zustimmung gilt für mich, für meine versicherten Kinder und für die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen.
- Ich stimme weder der Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe von personenbezogenen Daten noch der Schweigepflichtentbindung zu, wie auf Seite 4 aufgeführt. 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.
Die Entscheidung für diese Alternative kann
 1. den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.
 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.

Vom Vermittler auszufüllen: Wurden zu den Fragen in diesem Antrag Ihnen gegenüber Angaben gemacht, die nicht in diesem Vordruck festgehalten worden sind?

Nein Ja

Wenn ja, welche?

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

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

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

- Ja Nein Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Mit meiner Unterschrift gebe ich auch die auf den Seiten 4 und 5 abgedruckten Erklärungen ab (unter anderem Erklärung zum Widerrufsrecht). Drüber hinaus bestätige ich, dass ich die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zum Tarif Globality YouGenio® gelesen und verstanden habe.

Ort und Datum	Unterschrift der versicherten Person	Unterschrift des Vermittlers

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

Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en)

Widerrufsrecht

Sie können Ihren Antrag auf Krankenversicherung 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 zugeworfen sind. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs per Post, E-Mail oder Telefax. Der Widerruf ist zu richten an DKV Globality S.A., 13, rue Edward Steichen, L-2540 Luxemburg. Bei einem Widerruf per E-Mail oder per Telefax ist dieser zu richten an service-yougenio@dkv-globality.com, +352 / 270 444 3699.

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.

Annahme Ihres Antrags auf Krankenversicherung

Der Antrag auf Krankenversicherung verpflichtet weder den Antragsteller noch den Versicherer zum Abschluss der Versicherung. Der Versicherer verpflichtet sich, dem Antragsteller innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Beitrittserklärung ein Versicherungsangebot zu machen, bzw. die Deckung von weiteren Untersuchungen abhängig zu machen oder abzulehnen. Tut er dies nicht, ist er schadenersatzpflichtig.

Verantwortlichkeit für den Inhalt des Antrags

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

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

Anwendbares Recht

Der Versicherungsvertrag unterliegt dem Recht des Großherzogtums Luxemburg, sofern andere nationale Vorschriften keine nicht vereinbaren Vorschriften mit dem Recht des Großherzogtums Luxemburg beinhalten.

Aufsichtsbehörde

Etwaige Beschwerden können an die DKV 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 DKV Globality S.A. einverstanden; ferner willige ich ein, dass diese Daten an andere Unternehmen der MunichRe Gruppe und an Partner, die mit DKV Globality S.A. zusammenarbeiten, weitergegeben werden. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. DKV 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 DKV 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.

Entbindung von der Schweigepflicht

Mit meinem Antrag auf Krankenversicherung befreie ich Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, ges-

etzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den DKV Globality S.A. vorgelegten Unterlagen benannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, damit sie DKV Globality S.A. Informationen über meinen Gesundheitszustand und meine Behandlung erteilen, wenn dies zur Risikobeurteilung bei Vertragsabschluss und zur Prüfung meiner Rechte im Rahmen des Versicherungsvertrags erforderlich ist.

Mit meinem Antrag auf Krankenversicherung entbinde ich ebenfalls alle Mitarbeiter von DKV Globality S.A. von ihrer Schweigepflicht und ermächtige DKV Globality S.A. entsprechend, Informationen über meine Gesundheit bzw. Heilbehandlungen oder über meinen Versicherungsschutz an andere Unternehmen der MunichRe Gruppe und an Partner, die mit DKV Globality S.A. zusammenarbeiten, weiterzugeben. Diese Ermächtigung kann jederzeit widerrufen werden. DKV 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 Entbindung von der Schweigepflicht, wie oben definiert, gilt über meinen Tod hinaus und ebenfalls für meine versicherten Kinder und alle weiteren von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen.

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

Beginn des Versicherungsschutzes

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

Vertragsgrundlagen

Der Versicherungsvertrag unterliegt den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif Globality YouGenio®.

Eine Durchschrift des Antrags erhalte ich sofort nach Unterzeichnung.

Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Versicherer schriftlich die Annahme des Antrags erklärt hat und der Versicherungsschein ausgehändigt wird. Die Zahlung des Erstbeitrages an den Vermittler gilt nicht als Annahme des Antrags.

Fälligkeit des Erstbeitrages

Der Erstbeitrag bzw. die erste Beitragsrate ist sofort nach der Annahme Ihres Versicherungsantrags durch uns fällig. Sie sind Beitragsschuldner und haben den pünktlichen Zahlungseingang sicherzustellen.

Vertragsdauer

Der Versicherungsvertrag ist zunächst ein Jahresvertrag, der sich nach Ablauf jedes Jahres um weitere 12 Monate verlängert, es sei denn, Sie widersprechen der Verlängerung spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres.

Moratorium

Bei dem Moratorium handelt es sich um eine Wartezeit von 24 Monaten. Während dieser Zeit sind alle Behandlungskosten, die aufgrund einer Vorerkrankung sowie deren Folgen entstanden sind, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Nach einer ununterbrochenen Versicherungsdauer von 24 Monaten zahlen wir erstattungsfähige Aufwendungen für Vorerkrankungen sowie deren Folgen, vorausgesetzt, dass der Versicherte innerhalb dieser Wartezeit behandlungs- und beschwerdefrei war, keine ärztlichen Konsultationen erfolgten und keine Medikamente verabreicht oder notwendig wurden. Eine Verlängerung der Moratoriumsklausel nach Ablauf der 24 Monate für die Vorerkrankungen sowie deren Folgen, die in den ersten 24 Monaten nicht beschwerdefrei waren bzw. behandelt wurden, ist möglich.

Umwandlung:

- **AVB für den Tarif Globality YouGenio®**
Bei Umwandlung eines Versicherungsvertrages (z. B. Tarifstufenwechsel) gelten die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif Globality YouGenio® genannten Tarifmerkmale für die neue Tarifstufe von dem im Nachtrag zum Versicherungsschein genannten Umwandlungstermin an. Hierbei gelten je nach vereinbarter Tarifstufe die Wartezeiten auch für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- **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 (außer bei einem Wechsel in die nächste Altersstufe).

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 für Entbindungen.

Versicherbarer Personenkreis

Ich gehöre ab Beginn des Versicherungsschutzes als Person, die sich bereits vorübergehend für mindestens 3 Monate im Ausland aufhält bzw. demnächst aufhalten wird, zu dem versicherbaren Personenkreis. Mir ist bekannt, dass die Versicherung von Familienangehörigen/Lebenspartnern nur möglich ist, soweit diese nach den Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen versicherbar sind; eine automatische Mitversicherung findet nicht statt.

Vorversicherung

Sofern in den letzten sechs Monaten vor Abgabe des Antrags kein privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz für stationäre, ambulante und zahnärztliche Behandlungen für eine zu versichernde Person bestanden hat, ist für diese ein ärztlicher Untersuchungsbericht erforderlich. Dazu erhalte ich von der DKV Globality S.A. einen vom Arzt auszufüllenden Vordruck, den ich innerhalb von 14 Tagen nach Aushändigung entsprechend ausgefüllt zurückgebe. Die Kosten der Untersuchung trägt der Antragsteller. Der Untersuchungsbericht wird in jedem Falle Eigentum der DKV Globality S.A..