

Eingang bei der DKV Globality S.A.:

Datum/ Sachbearbeiter



## 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](mailto:service-yougenio@dkv-globality.com)

**DKV Globality S.A.**  
Verwaltungsrät: Thomas Merten, 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)/ Familienname		Titel		Geburtstag/ -monat/ -jahr		Versicherungsbeginn	
Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich		Nationalität		Beruf		Berufsstatus	
Gebäude/ Stockwerk		Straße/ Haus-Nr.		PLZ/ Wohnort		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.				Ich wünsche eine Gesundheitsprüfung aufgrund der vorliegenden Daten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (vgl. F.)	

### B. Angaben zu den versicherten Personen

Person	Vorname(n)/ Zuname	Titel	Ehe-part-ner	Lebens-part-ner	Kind	Antrag-steller	Geburts-datum	Geschlecht m   w	Natio-nalität	Beruf	Versicherungs-beginn
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

Künftiges Aufenthaltsland:

Heimatland:

Vertrags-/ Kommunikations-sprache:

Alle erforderlichen Informationen werden in dieser Sprache zur Verfügung gestellt.

- Deutsch  
 Englisch  
 Französisch  
 Spanisch

### D. Tarifstufen und Zielregionen Globality YouGenio®

Person	Tarifstufe	Selbstbeteiligung in €* Ohne   250   500   1.000	Zielregion Ohne USA   Mit USA	Beitrag in €
1	<input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top	<input type="checkbox"/> Ohne <input type="checkbox"/> 250 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1.000	<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"/> Ohne <input type="checkbox"/> 250 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1.000	<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"/> Ohne <input type="checkbox"/> 250 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1.000	<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"/> Ohne <input type="checkbox"/> 250 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1.000	<input type="checkbox"/> Ohne USA <input type="checkbox"/> Mit USA	
Gesamtbeitrag:				0

\*Tarifstufe Classic nur mit 250 € Selbstbeteiligung.

### E. Sonstige Angaben

Bestand oder besteht ein anderer Krankenversicherungsschutz?

Person	Versicherer	Stationär	Ambulant	Zahn	Zeitraum (von - bis)
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**

(Ab 1. nur ausfüllen, wenn in der Einzelversicherung der Einschluss von Vorerkrankungen gewünscht wird.)

**Einige dringende Bitten an den Antragsteller und 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 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 DKV Globality S.A. durch anlässlich eines bestehenden Versicherungsvertrages eingereichte Rechnungen oder ärztliche Bescheinigungen lückenlos bekannt sind, nicht angegeben zu werden.

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 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							

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?

Sofern Angaben zu Behandlungen/Beschwerden gemacht worden sind, bitte nachstehend Name und Anschrift des Hausarztes oder Arztes, der am besten über die gesundheitlichen Verhältnisse orientiert ist, angeben:

**G. Besondere Vereinbarungen\* bzw. Bemerkungen**

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

## H. Zahlungsmodalitäten

<b>Beitragszahlung durch</b> <input type="checkbox"/> Antragsteller	<b>Zahlungsweise</b> <input type="checkbox"/> Monatlich <input type="checkbox"/> Vierteljährlich <input type="checkbox"/> Halbjährlich <input type="checkbox"/> Jährlich
<b>Beitragsüberweisung an die DKV Globality S.A.:</b> BGL Luxembourg · IBAN: LU090030309301020000 · WL BIC Code BGLLLULL	

Kreditkarte	<input type="checkbox"/> Beitragseinzug <input type="checkbox"/> Gutschriften	<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express	
	Kartennummer <span style="float: right;">Gültig bis</span>		
	Kartenprüfziffer	Name des Karteninhabers, wie auf Karte vermerkt	
	<b>Ermächtigungserklärung</b> Hiermit ermächtige ich die DKV Globality S.A., 13, rue Edward Steichen, L-2540 Luxembourg, bis zu meinem Widerruf die fälligen Beiträge bzw. Gutschriften meiner Krankenversicherung über meine Kreditkarte abzurechnen. Ich werde rechtzeitig vor Ablauf der oben genannten Kreditkarte die neue Kreditkartennummer und/oder den neuen Gültigkeitszeitraum sowie Änderungen der Kartenprüfziffer mitteilen. Mir ist bekannt, dass Zuschläge auf den Monatsbeitrag für folgende Zahlungsintervalle erhoben werden: 0% bei jährlicher, 2% bei halbjährlicher, 3% bei vierteljährlicher und 4% bei monatlicher Zahlung. Für den Fall, dass ich Zweifel, Einwände oder Einreden in Bezug auf den Grund oder die Höhe eines einzuziehenden Beitrages beziehungsweise einer Gutschrift habe, bin ich verpflichtet, mich mit der DKV Globality S.A. zur Klärung der Angelegenheit unter folgender Telefonnummer/E-Mail-Adresse in Verbindung zu setzen: <b>+352 270 444 3602, service-yougenio@dkv-globality.com</b>  <b>Einwilligungsklausel/Kreditkartenzahlung</b> Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die DKV Globality S.A. zur Einziehung der Beiträge bzw. der Gutschrift – aus meinem bestehenden Versicherungsvertrag – per Kreditkarte meine Versicherungsvertragsnummer (VNR), den Namen des bezogenen Kreditkartenunternehmens, meine Kreditkartennummer nebst Kartenprüfziffer, Gültigkeitsmonat und -jahr sowie die Höhe des einzuziehenden Beitrags mit Angabe der Währung an die abwickelnden Banken und Kreditkartenprozessoren übermittelt. Diese Einwilligung ist jederzeit widerrufbar. Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.		
Ort, Datum und Unterschrift des Karteninhabers (Vor- und Zuname, falls nicht identisch mit Antragsteller)			

Geben Sie bitte mindestens ein Konto zwecks Leistungszahlung des Versicherers an.

Kontoinhaber (falls nicht identisch mit Antragsteller/Beltretendem)	Geldinstitut
Konto-Nr.	BLZ
PLZ/Ort	Land
BIC	IBAN

## I. Schlusserklärungen

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

- Mit meiner Unterschrift gebe ich die auf der Seite 4 abgedruckte Erklärung zur Schweigepflichtentbindung ab. Dies gilt auch für mich (uns) als zu versichernde Person(en).
- Die auf der Seite 4 abgedruckte Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten 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 auch Angaben gemacht, die nicht in diesem Vordruck festgehalten worden sind?

- Nein     Ja  
 Wenn ja, welche?

Ich bin damit einverstanden, dass ich schriftlich und telefonisch über 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 und zum Datenschutz).**

Ort und Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des Vermittlers
	907010003	
Unterschrift(en) der zu versichernden Person(en), ggf. des gesetzlichen Vertreters	Agentur-Nummer	

## Erklärungen des Antragstellers 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 Versicherungsschein/-ausweis 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 DKV 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-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.

### 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 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 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.

### Schweigepflichtentbindungserklärung

#### 1. Risikobeurteilung bei Vertragsschluss, sofern Einschluss der Vorerkrankungen gewünscht wird

Wir überprüfen Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Zum Zweck der Risikobeurteilung entbinde ich Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder eine Anfrage/einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis 10 Jahre nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Sie werden vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Die Gültigkeit der Schweigepflichtentbindungserklärung unterliegt dem Vorbehalt der rechtlichen Zulässigkeit in dem Land, in dem die jeweiligen Auskünfte einzuholen sind.

#### 2. Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Befundberichten, Attesten, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose oder zum Behandlungsverlauf).

Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht entbinde ich Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren von ihrer Schweigepflicht.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an ihn beratende externe bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Sie werden vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Die Gültigkeit der Schweigepflichtentbindungserklärung unterliegt dem Vorbehalt der rechtlichen Zulässigkeit in dem Land, in dem die jeweiligen Auskünfte einzuholen sind.

#### Erklärungen für zu versichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine zu versichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen zu versichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

#### Einwilligungsklausel zum Datenschutz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträgen, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an den Versicherer beratende externe bzw. medizinische Gutachter übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ich willige ferner jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zur Beurteilung meiner Zahlungsfähigkeit Auskünfte aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und dem Verzeichnis über private Insolvenzen selbst oder über eine Auskunftseinheit einholt.

#### Bevollmächtigung externer Dienstleister

Hiermit bevollmächtige ich unwiderruflich mit dem Versicherer kooperierende externe Dienstleister, Informationen vom Versicherer zum Zwecke der Datenverarbeitung und -verwaltung entgegenzunehmen. Ich kann vom Versicherer jederzeit Auskunft über Identität und Sitz des meine Daten verarbeitenden Dienstleisters erhalten.

#### Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein/-ausweis 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 diesem Antrag eingetragenen Tarifstufen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif Globality YouGenio®.

Eine Durchschrift des Antrags erhalten Sie sofort nach Unterzeichnung.

**Zustandekommen des Vertrages**

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

**Fälligkeit des Erstbeitrages**

Der Erstbeitrag bzw. die erste Beitragsrate ist sofort nach der Annahme Ihres Versicherungsantrags durch uns fällig.

**Vertragsdauer**

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

**Moratorium**

Bei dem Moratorium handelt es sich um eine Wartezeit von 24 Monaten für die aufgrund einer Vorerkrankung sowie deren Folgen entstehenden Behandlungskosten. 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 Krankheiten, 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 vorübergehend für mindestens 3 Monate im Ausland aufhält, 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 Antrages 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..