

globalhealth

Foyer Group

Antrag auf Krankenversicherung



Versicherer: Foyer Santé S.A., eine luxemburgische Krankenversicherungsgesellschaft mit Sitz in 12, rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, Luxembourg, eingetragen unter der Nr. B72153 im luxemburgischen Handels- und Gesellschaftsregister, beaufsichtigt vom Commissariat aux Assurances (7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg; +352226911-1; caa@caa.lu)

- Neuer Kunde
- Bestehender Kunde des Versicherers (falls ja, bitte die Kundenreferenz angeben)
- Individualvertrag
- Gruppe, Gruppenvertragspartner



Foyer Santé S.A. 12, rue Léon Laval
L-3372 Leudelange, Luxembourg



sales@foyerglobalhealth.com



(+352) 437 43 42 45



R.C.S. Luxembourg B 72153
TVA LU 181 857 30

➤ Antrag auf Krankenversicherung

Hinweis: Wir können Ihren Antrag nur dann prüfen und bearbeiten, wenn er vollständig ausgefüllt bei uns eingereicht wurde.

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen dieses Formulars die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers ([Foyer Global Health Conditions](#)), die Besonderen Bedingungen sowie die Bedingungen für medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen. Großgeschriebene Begriffe, die hier verwendet und nicht anderweitig definiert werden, haben die Bedeutung, die ihnen im Glossar als Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den Besonderen Bedingungen zugewiesen wird.

Nachdem ich die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Besonderen Bedingungen und die Bedingungen für medizinische Assistenzleistungen und Zusatzleistungen gelesen und verstanden habe, beantrage ich hiermit eine Krankenversicherung für die unten aufgeführten Versicherten.

1 Angaben des Versicherungsnehmers

- Ich handle ausschließlich als Versicherungsnehmer (ich bin keine Versicherte Person)
 Ich handle sowohl als Versicherungsnehmer als auch als Versicherte Person (ich bin Versicherte Person 1)

Gewünschter Beginn des Versicherungsschutzes (tt/mm/jjjj): ___ / ___ / ____

Anrede Vorname Nachname (inkl. Titel)

Geschlecht M W Geburtsdatum (tt/mm/jjjj) ___ / ___ / ____ Berufliche Tätigkeit

Adresse Korrespondenzadresse

Kontaktdaten  + 

Nationalität(en)

Aktuelles Wohnsitzland

Aufenthaltsland (zukünftig) Aufenthaltsort (zukünftig)

Vertragsprache (der gesamte Schriftverkehr/die Dokumente werden in dieser Sprache übermittelt)

- Englisch Französisch Deutsch

2 Angaben der Versicherten Person(en)

Versicherte Person 2

Falls abweichend von Person 1: Gewünschter Beginn des Versicherungsschutzes (tt/mm/jjjj): ___ / ___ / ____

Anrede Vorname Nachname (inkl. Titel)

Geschlecht M W Geburtsdatum (tt/mm/jjjj) ___ / ___ / ____ Berufliche Tätigkeit

Adresse Wie Person 1 Korrespondenzadresse Wie Person 1

Kontaktdaten  + 

Nationalität(en)

Aktuelles Wohnsitzland

Aufenthaltsland (zukünftig) Aufenthaltsort (zukünftig)



Versicherte Person 3

Falls abweichend von Person 1: Gewünschter Beginn des Versicherungsschutzes (tt/mm/jjjj): ___ / ___ / _____

Anrede Vorname Nachname (inkl. Titel)

Geschlecht M W Geburtsdatum (tt/mm/jjjj) ___ / ___ / _____ Berufliche Tätigkeit

Adresse Wie Person 1 Korrespondenzadresse Wie Person 1

Kontaktdaten Wie Person 1  + 

Nationalität(en)

Aktuelles Wohnsitzland

Aufenthaltsland (zukünftig) Aufenthaltsort (zukünftig)

Versicherte Person 4

Falls abweichend von Person 1: Gewünschter Beginn des Versicherungsschutzes (tt/mm/jjjj): ___ / ___ / _____

Anrede Vorname Nachname (inkl. Titel)

Geschlecht M W Geburtsdatum (tt/mm/jjjj) ___ / ___ / _____ Berufliche Tätigkeit

Adresse Wie Person 1 Korrespondenzadresse Wie Person 1

Kontaktdaten Wie Person 1  + 

Nationalität(en)

Aktuelles Wohnsitzland

Aufenthaltsland (zukünftig) Aufenthaltsort (zukünftig)



3 Tarifstufe und Region

Person	Tarifstufe (Essential, Special und Exclusive)	Zusätzliche Assistance*	Region	Beitrag (monatlich)
1	<input type="checkbox"/> Essential <input type="checkbox"/> Special <input type="checkbox"/> Exclusive Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> 0€ <input type="checkbox"/> 250€ <input type="checkbox"/> 500€ <input type="checkbox"/> 1000€	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weltweit <input type="checkbox"/> Weltweit exkl. USA	_____ EUR
2	<input type="checkbox"/> Essential <input type="checkbox"/> Special <input type="checkbox"/> Exclusive Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> 0€ <input type="checkbox"/> 250€ <input type="checkbox"/> 500€ <input type="checkbox"/> 1000€	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weltweit <input type="checkbox"/> Weltweit exkl. USA	_____ EUR
3	<input type="checkbox"/> Essential <input type="checkbox"/> Special <input type="checkbox"/> Exclusive Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> 0€ <input type="checkbox"/> 250€ <input type="checkbox"/> 500€ <input type="checkbox"/> 1000€	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weltweit <input type="checkbox"/> Weltweit exkl. USA	_____ EUR
4	<input type="checkbox"/> Essential <input type="checkbox"/> Special <input type="checkbox"/> Exclusive Selbstbeteiligung: <input type="checkbox"/> 0€ <input type="checkbox"/> 250€ <input type="checkbox"/> 500€ <input type="checkbox"/> 1000€	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weltweit <input type="checkbox"/> Weltweit exkl. USA	_____ EUR

Gesamtbetrag ** für alle Versicherten: _____ EUR

* Der monatliche Beitrag für das zusätzliche Assistance Paket beträgt 5 Euro. Dieser Betrag ist beim monatlichen Versicherungsbeitrag mit einzurechnen.

** Ich bin darüber informiert, dass je nach Aufenthaltsland, zum Beitrag noch zusätzliche Steuern und Gebühren anfallen können.

4 Angaben zum Gesundheitszustand der Versicherten Person(en)

Moratorium (Versicherungsschutz ist nur möglich, wenn alle Versicherten Personen zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des vorliegenden Antragsformulars höchstens 55 Jahre alt sind).

Ich bin nicht verpflichtet, die nachstehenden Gesundheitsfragen auszufüllen und verstehe, dass Vorerkrankungen und damit zusammenhängende Erkrankungen nicht durch den Versicherungsvertrag abgedeckt sind oder nur mit einer Wartezeit von mindestens 24 Monaten abgedeckt werden können.

Sollte der Platz für Ihre Antworten nicht ausreichen, verwenden Sie bitte die Tabelle auf der nächsten Seite.

	1	2	3	4
4.1 Bitte geben Sie Ihre Größe und ihr Gewicht an.	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg			
4.2 Haben Sie derzeit irgendwelche Beschwerden, Krankheiten oder chronische Leiden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
4.3 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, bitte auf der Folgeseite angeben.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
4.4 Haben Sie eine Behinderung? Wenn ja, geben Sie bitte den festgestellten Grad der Behinderung an.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
4.5 Bestehen Gebrechen, Anomalien oder werden Prothesen oder Implantate getragen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
4.6 Waren Sie in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Krankenhaus, einem Sanatorium oder einer anderen medizinischen Einrichtung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
4.7 Hatten Sie in den letzten 3 Jahren gesundheitliche Beschwerden, Krankheiten oder Gesundheitsprobleme infolge eines Unfalls (auch wenn Sie nie behandelt wurden)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			



4.8 Waren Sie in den letzten 3 Jahren in medizinischer Behandlung, aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls oder psychischer Probleme? (Vorsorgeuntersuchungen bitte nicht angeben).

Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein

4.9 Beabsichtigen Sie, sich notwendigen Behandlungen, medizinischen Behandlungen oder Operationen zu unterziehen, oder wurde Ihnen dazu geraten (einschließlich Zahnbehandlungen, Zahnersatz oder kieferorthopädischen Behandlungen)?

Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein

4.10 Sind Sie derzeit schwanger?
Wenn ja, wann ist der voraussichtliche Geburtstermin?

Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein

4.11 Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion diagnostiziert?

Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein

4.12 Tragen Sie eine Sehhilfe (Brille oder Kontaktlinsen)?
• Dioptrie auf dem rechten Auge:
• Dioptrie auf dem linken Auge:

Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein

4.13 Fehlen Ihnen Zähne (mit Ausnahme von Weisheitszähnen), die noch nicht ersetzt wurden?
Anzahl der fehlenden Zähne:

Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein

Bitte machen Sie weitere Angaben zu den Fragen, die Sie mit "Ja" beantwortet haben. Bitte beantworten Sie jeweils auch die folgenden Fragen:

- Wie lautete die Diagnose? Wann wurde diese festgestellt? In welchem Zeitraum wurde diese behandelt, ist diese andauernd?
- Bitte geben sie den behandelnden Leistungserbringer inklusive Adresse an.
- Welche Medikamente oder medizinische Behandlung sind/waren notwendig?

Sollte der Platz für Ihre Antworten nicht ausreichen, verwenden Sie bitte ein separates Blatt und fügen Sie es diesem Antragsformular bei. Separates Blatt beigefügt?

Ja Nein

Person	Frage Nr.	Art der Krankheit, des Gesundheitsproblems, des Leidens (bitte geben Sie die genaue Diagnose an); Name des verschriebenen Medikaments oder der medizinischen Behandlung (falls bekannt)	Dauer der Behandlung	Behandelnder Arzt, Krankenhaus (Name und Adresse)	Sind weitere Behandlungen geplant?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Von ___/___/____ Bis ___/___/____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Von ___/___/____ Bis ___/___/____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Von ___/___/____ Bis ___/___/____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Von ___/___/____ Bis ___/___/____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Von ___/___/____ Bis ___/___/____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Von ___/___/____ Bis ___/___/____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Von ___/___/____ Bis ___/___/____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



5 Bestand oder besteht eine gesetzliche oder private Krankenversicherung bei einem anderen Versicherer, oder haben Sie eine beantragt?

Bitte geben Sie alle privaten oder gesetzlichen Krankenversicherungen der letzten **3 Jahre** an.

	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
▶ Name und Adresse des Unternehmens	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
▶ Dauer	Von ___/___/___ Bis ___/___/___	Von ___/___/___ Bis ___/___/___	Von ___/___/___ Bis ___/___/___	Von ___/___/___ Bis ___/___/___

6 Beitragszahlungen

Bei Zahlung eines Halbjahresbeitrages im Voraus gewährt der Versicherer einen Rabatt von 2% auf den Beitrag; im Falle der Zahlung eines Jahresbeitrages beträgt der Rabatt 3%.

A) Zahlweise

monatlich (nur bei Bankeinzug oder Kreditkarte möglich) vierteljährlich halbjährlich jährlich

B) Zahlungsform

Banküberweisung - nur möglich bei vierteljährlicher, halbjährlicher oder jährlicher Zahlung.

Kreditkarte

Mit Ihrem Willkommenspaket erhalten Sie einen Link zu einer sicheren Webseite, auf der Sie aufgefordert werden, Ihre Kreditkartendaten einzugeben, um Ihren Versicherungsschutz zu aktivieren.

Bankeinzug SEPA

Bitte füllen Sie das SEPA-Lastschriftmandat (Seite 7) aus und senden Sie es zusammen mit dem Antragsformular zurück.

7 Erstattungskonto

Geben Sie bitte ein Bankkonto an, auf welches wir die erstattungsfähigen Leistungen überweisen können, falls bereits vorhanden.

Kontoinhaber Bank

Kontonummer Filialen-Nr. (BLZ)

Adresse (Postanschrift / Postleitzahl / Ort und Land)

Swift (BIC) - Code Währung

IBAN



8 Sondervereinbarungen (vorbehaltlich der schriftlichen Genehmigung des Versicherers)

9 Vermittler

- ▶ Name des Vermittlers
- ▶ Vermittlernummer

10 Vertragsgrundlage und Erklärung des Versicherungsnehmers und der Versicherten Person

Dieses Antragsformular verpflichtet weder den Versicherungsnehmer noch den Versicherer zu einem Vertragsabschluss. Die Unterzeichnung des Antragsformulars bewirkt nicht, dass der Versicherungsschutz und die damit verbundenen Leistungen in Kraft treten oder wirksam werden. Um Schadensersatz zu vermeiden, ist der Versicherer verpflichtet, dem Versicherungsnehmer innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt des Antragsformulars entweder ein Angebot zum Versicherungsabschluss zu unterbreiten oder ihm mitzuteilen, dass der Versicherer den Abschluss der Versicherung von weiteren Nachforschungen (insbesondere in Form zusätzlicher medizinischer Kontrollen) abhängig macht oder den Abschluss der Versicherung ablehnt.

Das vorliegende Antragsformular und die medizinischen Angaben, die auf dem beigefügten Gesundheitsfragebogen gemacht und dem Versicherer übermittelt wurden, dienen als Grundlage für den Versicherungsvertrag und sind Bestandteil desselben.

Der Versicherungsnehmer und die Versicherte Person sind verpflichtet, alle in diesem Antragsformular enthaltenen Fragen nach bestem Wissen und Gewissen zu beantworten. Jede Änderung der in diesem Antragsformular gemachten Angaben, und insbesondere jede Änderung des Gesundheitszustandes, die zwischen der Unterzeichnung dieses Antragsformulars und dem Abschluss des Versicherungsvertrags eintreten können, sowie alle ärztlichen Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen, die zwischen der Unterzeichnung dieses Antragsformulars und dem Abschluss des Versicherungsvertrags verschrieben oder durchgeführt werden (einschließlich derjenigen, die zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Antragsformulars beabsichtigt oder empfohlen waren), und jede Änderung der beruflichen Tätigkeit des Versicherungsnehmers und der Versicherten Person müssen dem Versicherer unverzüglich schriftlich mitgeteilt werden.

Um den Versicherer in die Lage zu versetzen, den Kundenservice zu erbringen, die versicherten Risiken zu bewerten und zu akzeptieren, die Leistungen auszuführen und alle anderen Handlungen im Zusammenhang mit der Durchführung, Verwaltung und Abwicklung des Versicherungsvertrags vorzunehmen, ermächtigen und beauftragen die Versicherten Personen (oder die gesetzlichen Vertreter von Minderjährigen Versicherten Personen) den Versicherer ausdrücklich, jederzeit von den medizinischen Stellen, welche die Versicherte Person beraten oder behandeln, weitere Informationen über Krankheiten, Körperverletzungen oder frühere und bestehende Leiden der Versicherten Person einzuholen, solange der Versicherungsvertrag in Kraft ist. Diese Ermächtigung und Anweisung bleiben über den Tod der Versicherten Person hinaus wirksam.



11 Ausdrückliche Zustimmung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten

Mit der Unterzeichnung dieses Antragsformulars gibt die Versicherte Person und/oder der Versicherungsnehmer ("Sie" oder die "betroffenen Personen") ausdrücklich ihr Einverständnis zur Verarbeitung der von ihnen in diesem Antragsformular und im Rahmen der Durchführung der Versicherungspolice angegebenen Gesundheitsdaten (die "Gesundheitsdaten") durch den Versicherer, gemäß den Bestimmungen der EU-Verordnung Nr. 2016/679 vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (die "DSGVO") und allen anwendbaren Datenschutzgesetzen, einschließlich aber nicht beschränkt auf das Gesetz vom 1. August 2018 über die Organisation der Nationalen Kommission für Datenschutz und die Umsetzung der DSGVO in der jeweils geänderten oder ersetzten Fassung (zusammen "Datenschutzgesetz").

Die Gesundheitsdaten können auch von den Datenempfängern der für die Verarbeitung Verantwortlichen (die "Empfänger") verarbeitet werden, bei denen es sich, im Zusammenhang mit den vorgenannten Zwecken, um die unter dem Link <https://www.foyerglobalhealth.com/de/allgemeine-und-spezielle-bedingungen-unserer-produkte/> aufgeführten Parteien handeln kann.

Es liegt in Ihrem Ermessen, die Übermittlung der Gesundheitsdaten an den Verantwortlichen für Verarbeitung zu verweigern. In diesem Fall können Sie jedoch möglicherweise nicht in den Genuss des Versicherungsvertrags kommen, wenn diese Gesundheitsdaten für den Abschluss des Versicherungsvertrags erforderlich sind, und/oder die Erbringung der Versicherungsleistungen kann beeinträchtigt werden, wenn die Gesundheitsdaten für die Durchführung oder Erfüllung des Versicherungsvertrags erforderlich sind.

Die Gesundheitsdaten können auch von den Datenempfängern des für die Verarbeitung Verantwortlichen (die "Empfänger") verarbeitet werden, bei denen es sich im Zusammenhang mit den vorgenannten Zwecken um Rückversicherer sowie sonstige Dritte, die die Tätigkeiten des für die Verarbeitung Verantwortlichen unterstützen handeln kann. Die Empfänger können in eigener Verantwortung die Gesundheitsdaten an ihre Bevollmächtigten und/oder Beauftragten (die "Unterempfänger") weitergeben, die die Gesundheitsdaten ausschließlich zu dem Zweck verarbeiten, die Empfänger bei der Erbringung ihrer Dienstleistungen für den Data Controller zu unterstützen und/oder die Empfänger bei der Erfüllung ihrer eigenen rechtlichen Verpflichtungen zu helfen.

Die Empfänger und Unterempfänger müssen ihren Sitz innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) haben.

Die Empfänger und Unterempfänger können die Gesundheitsdaten je nach Fall als Datenverarbeiter (bei der Verarbeitung der Gesundheitsdaten im Namen und auf Anweisung des für die Verarbeitung Verantwortlichen und/oder der Empfänger) oder als eigenständig für die Verarbeitung Verantwortliche (bei der Verarbeitung der Gesundheitsdaten für ihre eigenen Zwecke, insbesondere zur Erfüllung ihrer eigenen rechtlichen Verpflichtungen) verarbeiten.

Sie haben das Recht, Ihre Zustimmung jederzeit zu widerrufen. In diesem Fall kann jedoch von Ihnen verlangt werden, von der Versicherung zurückzutreten. Sie haben außerdem das Recht, (i) auf Ihre Gesundheitsdaten zuzugreifen, (ii) Ihre Gesundheitsdaten zu berichtigen, wenn sie unzutreffend oder unvollständig sind, (iii) der Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten zu widersprechen, (iv) die Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten einzuschränken, (v) die Löschung Ihrer Gesundheitsdaten zu verlangen und (vi) die Übertragbarkeit Ihrer Gesundheitsdaten zu beantragen. Sie können die oben genannten Rechte ausüben, indem Sie sich schriftlich an den eingetragenen Sitz des für die Verarbeitung Verantwortlichen unter folgender E-Mail-Adresse wenden: dataprotectionofficer@foyer.lu. Sie haben auch das Recht, eine Beschwerde bei der Commission Nationale pour la Protection des Données oder bei einer zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde Ihres EU-Wohnsitzmitgliedstaats einzureichen.

Mit der Unterzeichnung dieses Antragsformulars gibt die versicherte Person und/oder der Versicherungsnehmer ("Sie" oder die "betroffenen Personen") ausdrücklich ihre Zustimmung zu dem beigefügten Datenschutzdokument.

12 Unterschrift(en)

Datum und Ort

...../...../..... in

Unterschrift der Versicherten Person 1, wenn er/sie nicht der Versicherungsnehmer ist (vollständiger Name), des gesetzlichen Vertreters (falls zutreffend)

Unterschrift der Versicherten Person 3, wenn er/sie nicht der Versicherungsnehmer ist (vollständiger Name), des gesetzlichen Vertreters (falls zutreffend)

Unterschrift des Versicherungsnehmers (vollständiger Name)

Unterschrift der Versicherten Person 2, wenn er/sie nicht der Versicherungsnehmer ist (vollständiger Name), des gesetzlichen Vertreters (falls zutreffend)

Unterschrift der Versicherten Person 4, wenn er/sie nicht der Versicherungsnehmer ist (vollständiger Name), des gesetzlichen Vertreters (falls zutreffend)



Kernmandat

Europäisches Lastschriftverfahren / SEPA-Lastschriftverfahren

Bitte zurücksenden an:



policy@foyerglobalhealth.com



Foyer Santé S.A., Comptabilité Clients
12 rue Léon Laval; L-3372 LEUDELANGE

Mandatsreferenz

FGH -

➤ Angaben zum Gläubiger (A)

Identifikationsnummer

L U 7 3 Z Z Z 0 0 0 0 0 0 0 0 6 3 9 9 0 0 2 0 0 8

Name des Gläubigers

FOYER SANTE S.A.

Adresse

12, RUE LEON LAVAL, L-3372 LEUDELANGE

Art der Zahlung

Regelmäßige Zahlung

➤ Angaben zum Kontoinhaber (B)

Name des Versicherungsnehmers

Adresse

Name des Kontoinhabers

Adresse (Wenn sie sich von der des
Versicherungsnehmers unterscheidet)

Kontonummer - IBAN

Swift BIC

Angaben zum Schuldner. Vollständige Anschrift nur, wenn abweichend vom Kontoinhaber: Wenn der Kontoinhaber eine Zahlung im Rahmen einer Vereinbarung zwischen dem Gläubiger und einer anderen Person leistet (z. B. wenn der Kontoinhaber die Rechnung dieser anderen Person bezahlt), geben Sie hier bitte die Anschrift der anderen Person an.

Name des Schuldners

Adresse

UNTERSCHRIFT(EN)

Datum und Ort

...../...../..... in

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt der Kontoinhaber (B) den Gläubiger (A), die Bank des Kontoinhabers anzuweisen, das oben angegebene Konto des Kontoinhabers zu belasten, und die Bank des Kontoinhabers, das Konto des Kontoinhabers gemäß den Anweisungen des Gläubigers zu belasten. Der Kontoinhaber hat das Recht, von der Bank des Kontoinhabers gemäß den Bedingungen, die in der Vereinbarung des Kontoinhabers mit seiner Bank festgelegt sind, eine Rückerstattung zu erhalten, die innerhalb von acht Wochen nach der Belastung des Kontos des Kontoinhabers eingefordert werden muss.



DSGVO

1) DSGVO

In Übereinstimmung mit der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr sowie in Übereinstimmung mit dem Gesetz vom 01. August 2018 zur Organisation der Nationalen Datenschutzkommission und zur Umsetzung der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr erheben, speichern und verarbeiten Foyer Santé S.A. die Daten, die der Versicherungsnehmer und der (die) Versicherte(n) ihnen mitgeteilt haben, sowie die Daten, die sie ihnen zu einem späteren Zeitpunkt mitteilen, um die Risiken einzuschätzen, den Versicherungsvertrag (die Versicherungsverträge) vorzubereiten, auszustellen, zu verwalten, zu erfüllen, eventuelle Schadenfälle zu regulieren und jeder Art von Betrug vorzubeugen.

Die besonderen Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, werden von Foyer Santé S.A. im Rahmen des Artikel 9 Abs. 2 lit. g DSGVO oder auf Grundlage Ihrer vorherigen und ausdrücklichen Einwilligung eingeholt, außer in gesetzlichen Ausnahmefällen wie der Schutz lebenswichtiger Interessen oder Wahrung eines berechtigten Interesses.

Es werden keine personenbezogenen Daten für Zwecke der Direktwerbung verarbeitet. Die Verarbeitung von Daten zum Zwecke der Direktwerbung erfolgt immer mit dem ausdrücklichen Einwilligung der betroffenen Person. Die betroffene Person behält sich ein Widerrufsrecht vor, ihre Einwilligung zu widerrufen.

Die Verantwortung für die Verarbeitung liegt bei Foyer Santé S.A.

Den Verantwortlichen für die Verarbeitung ist berechtigt, die Daten an Dritte weiterzugeben, insbesondere an Rückversicherer, Vertragsärzte, Anwälte oder andere Dienstleister sowie im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtungen. Diese Datenübertragung entsprechend den Modalitäten und Bedingungen an Dritte weitergeben, die in Artikel 300 der neuesten Fassung des Gesetzes vom 7. Dezember 2015 über den Versicherungssektor.

Für den Fall, dass Ihre personenbezogenen Daten auf einem Cloud-Server übertragen, aufgezeichnet und gespeichert werden, der von einem Drittanbieter-Host in der EU verwaltet wird, erfolgt diese Übertragung in Übereinstimmung mit dem DSGVO festgelegten Bedingungen.

Werden personenbezogene Daten außerhalb der EU übermittelt, wird sichergestellt, dass alle in der DSGVO vorgesehenen Schutzmaßnahmen und insbesondere Kapitel V in Bezug auf die Übermittlung in Drittländer angewendet werden.

Alle Verpflichtungen, die sich aus Artikel 35 über die Datenschutz-Folgenabschätzung ergeben, werden beachtet.

Die Daten werden gemäß den Bedingungen von Artikel 300 der neuesten Fassung des Gesetzes vom 7. Dezember 2015 über den Versicherungssektor übermittelt, wenn ein in Luxemburg ansässiger Versicherungsvertreter oder Versicherungsmakler der mit der Vertragsverwaltung zwischen Foyer Santé S.A. und dem Versicherungsnehmer betraute Versicherungsvermittler ist.

Wenn die Vermittlung durch einen nicht in Luxemburg ansässigen Versicherungsmakler erfolgt, ermächtigt der Versicherungsnehmer Foyer Santé S.A. ausdrücklich, dem Versicherungsvermittler alle den Vertrag betreffenden Informationen zu übermitteln. Der Versicherungsnehmer kann diesen Auftrag zur Übermittlung von Informationen widerrufen, indem er seinen Antrag per Einschreiben mit Rückschein an Foyer Santé S.A. sendet.

Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer eine Beratung über den Versicherungsvertrieb bei einem Versicherungsvertreter in Anspruch nimmt, der dem Vertriebsnetz von Foyer Santé S.A. angehört, ohne ein Versicherungsvermittler in Bezug auf den Versicherungsnehmer zu sein, ermächtigt der Versicherungsnehmer Foyer Santé S.A., diesem Versicherungsvertreter die personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Bankverbindung und gegebenenfalls Daten über die im Haushalt des Versicherungsnehmers gewöhnlich lebenden Personen) mitzuteilen, die erforderlich sind, um den Versicherungsnehmer zu bedienen und ihn bei seinen neuen Anträgen sinnvoll zu beraten. Der Versicherungsnehmer kann diesen Auftrag zur Übermittlung auch widerrufen, indem er seinen Antrag per Einschreiben mit Rückschein an Foyer Santé S.A. sendet.

Der Versicherungsnehmer besitzt ein Recht auf Einsicht, Beschränkung, Löschung innerhalb der gesetzlichen Grenzen, auf Berichtigung und Übertragbarkeit seiner Daten, das er mittels eines schriftlichen Antrages ausüben kann, der an die Anschrift der für die Verarbeitung verantwortlichen Stelle zu richten ist.



Die Dauer der Aufbewahrung dieser Daten beschränkt sich auf die Laufzeit des Vertrages sowie auf den Zeitraum, für den die Daten aufbewahrt werden müssen, damit Foyer Santé S.A. ihren Verpflichtungen hinsichtlich der Verjährungsfristen oder anderer gesetzlicher Verpflichtungen nachkommen kann.

Foyer Santé S.A. hat einen Data Protection Officer bestellt, mit dem per Brief, der per Post an die Anschrift des Verantwortlichen für die Verarbeitung zu schicken ist, oder per E-Mail unter der Adresse dataprotectionofficer@foyer.lu Kontakt aufgenommen werden kann.

2) Berufsgeheimnis, Auftragsverarbeitung und Auftragsverarbeitung an Cloud Computing-Dienstleister

Foyer Santé 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 entsprechen, zu erbringen, und seinen Kunden die fortschrittlichsten Technologien zur Verfügung zu stellen, kann Foyer Santé S.A. externen Dienstleister, Unterauftragnehmer und Technologien einsetzen, die Cloud Computing, nutzen. In jedem Fall werden die übermittelten Daten nach hohen Sicherheitsstandards und in Übereinstimmung mit den Vorschriften, einschließlich derjenigen, die von der DSGVO vorgesehen sind, geschützt.

Wenn die Übermittlung von Daten, die durch das Berufsgeheimnis in Versicherungsangelegenheiten geschützt sind, im Rahmen der Vergabe von Unteraufträgen erfolgt und Technologien, die Cloud Computing nutzen, auf Initiative der Foyer Santé S.A. im Sinne von Artikel 300 Artikel 2bis Absatz 2 des geänderten Gesetzes vom 7. Dezember 2015 mit einem anderen als dem in diesem Artikel 300 genannten Drittdienstleister eingerichtet werden, stimmt der Versicherungsnehmer ausdrücklich jeder Auftragsverarbeitung, einschließlich Cloud Computing, zu. Der Versicherungsnehmer kann die Details dieser Auftragsverarbeitung (Unterauftragstabelle) jederzeit unter dem Link <https://www.foyer.lu/de/transparencyabrufen>. Der Versicherungsnehmer kann auch eine gedruckte Kopie der Unterauftragstabelle anfordern.

Der Versicherungsnehmer findet in der Unterauftragstabelle das Vorhandensein laufender Auftragsverarbeitung, die Art der übermittelten Informationen und das Land, in dem der Dienstleister ansässig ist. Sollte dieser Dienstleister keiner Verpflichtung zur Wahrung des Berufsgeheimnisses unterliegen, die mit der Verpflichtung von Foyer Santé S.A. ist, verpflichten sie sich, mit dem betreffenden Dienstleister eine Vertraulichkeitsvereinbarung abzuschließen, um ihm die Erfüllung einer Geheimhaltungsverpflichtung im Rahmen der betroffenen Auftragsverarbeitung aufzuerlegen.

Im Falle einer Änderung der Unterauftragstabelle (Beispiele: Hinzufügung einer Unterauftragnehmer, Einsatz von Cloud Computing...unvollständige Liste) wird der Versicherungsnehmer per E-Mail und/oder seinem Kundenbereich und/oder auf andere geeignete Weise (Beispiele: Fälligkeitsmitteilung) wirksam über die Änderung informiert.

Hat der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach einer Änderung der Unterauftragstabelle nicht schriftlich widersprochen, so wird davon ausgegangen, dass der Versicherungsnehmer die betreffende Auftragsverarbeitung unwiderruflich zugestimmt hat. Im Falle eines Widerspruchs des Versicherungsnehmers muss dieser dem Versicherer per Einschreiben mitgeteilt werden. Dies gilt als Kündigung erst zum nächsten Fälligkeitsdatum. Wenn Ihr Versicherungsvertrag nicht jährlich gekündigt werden kann, gilt Ihre Zustimmung ausnahmsweise für die gesamte Dauer des Versicherungsvertrages, einschließlich etwaiger nachträglicher Änderungen.

Der Versicherungsnehmer wird hierüber ordnungsgemäß unterrichtet:

- ◆ Wenn er einer Änderung der Unterauftragstabelle widerspricht, hat dieser Widerspruch Auswirkungen auf die optimale Verwaltung des Versicherungsvertrags und auf das Niveau der erbrachten Dienstleistung, so dass der Widerspruch als Kündigung zum nächsten Fälligkeitsdatum gilt.
- ◆ Wenn er mehrere Versicherungsverträge mit einem oder mehreren Versicherern ausgeführt hat, muss der Versicherungsnehmer einen Widerspruch pro Versicherungsvertrag einreichen.

