

Date de réception chez DKV Globality S.A. :

Date/Responsable du dossier



Broker : DKV Direct
Account manager : Pol Lescot 892305

Demande de couverture d'assurance santé

Globality YouGenio®

DKV Globality S.A.

13, rue Edward Steichen · L-2540 Luxembourg
Tél. : +352 270 444 3603, E-mail : service-yougenio@dkv-globality.com

DKV Globality S.A.
Conseil d'administration : Martin von Kiær, Wolfgang Diels, Horst Weber
Registre de Commerce et des Sociétés Luxembourg : B 134471

Demande de couverture d'assurance santé (assurance individuelle)

Je demande la souscription d'un contrat d'assurance santé selon le contrat Globality YouGenio® pour les personnes 1, 2, 3, 4 sous-mentionnées.

A. Informations sur le demandeur

Prénom	Nom	Titre	Date de naissance (JJ/MM/AA)	Date de prise d'effet de l'assurance
Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Nationalité	Profession		Statut professionnel
Bâtiment / Etage	Rue / n°	Code postal / Ville		Pays et région
Téléphone portable (+ préfixe national)		Fax (+ préfixe national et régional)		E-mail
<input type="checkbox"/> Nouveau client, pas encore assuré auprès de DKV Globality S.A.		<input type="checkbox"/> Déjà assuré auprès de DKV Globality S.A. / n° d'assurance		
Adresse de correspondance <input type="checkbox"/> Identique à ci-dessus <input type="checkbox"/> Autre :	Bâtiment / Etage	Rue / n°	Code postal / Ville	Pays et région

B. Informations sur les personnes assurées

Assuré	Prénom	Nom	Titre	Époux/Épouse	Compagne/Conjoint	Enfant	Demandeur	Date de naissance	Sexe m f	Nationalité	Profession	Date de prise d'effet de l'assurance
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"/> <input type="checkbox"/>			
3				<input type="checkbox"/>	<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"/> <input type="checkbox"/>			

C. Informations supplémentaires sur les personnes assurées

Pays de séjour / destination :

Langue contractuelle / de communication :

Pays d'origine :

Toutes les informations requises seront fournies dans la langue suivante :

- Allemand Anglais Néerlandais
 Français Espagnol

D. Formules et régions de destination pour le contrat Globality YouGenio®

Assuré	Formule	Franchise*	Région de destination	Prime (mensuelle) en <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"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/ 325 \$/ 210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/ 650 \$/ 420 £ <input type="checkbox"/> 1000 €/ 1300 \$/ 840 £	<input type="checkbox"/> sans USA <input type="checkbox"/> avec USA	
2	<input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/ 325 \$/ 210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/ 650 \$/ 420 £ <input type="checkbox"/> 1000 €/ 1300 \$/ 840 £	<input type="checkbox"/> sans USA <input type="checkbox"/> avec USA	
3	<input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/ 325 \$/ 210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/ 650 \$/ 420 £ <input type="checkbox"/> 1000 €/ 1300 \$/ 840 £	<input type="checkbox"/> sans USA <input type="checkbox"/> avec USA	
4	<input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Top	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 250 €/ 325 \$/ 210 £ <input type="checkbox"/> 500 €/ 650 \$/ 420 £ <input type="checkbox"/> 1000 €/ 1300 \$/ 840 £	<input type="checkbox"/> sans USA <input type="checkbox"/> avec USA	

*Formule Classic uniquement avec 250 €/ 325 \$/ 210 £ de franchise.

Prime totale mensuelle (pour tous les assurés) :

E. Autres informations

A-t-il existé ou existe-t-il une autre couverture d'assurance santé ? (Y compris assurance statutaire obligatoire / assurance privée ?)

Assuré	Assureur	Hospitalier	Ambulatoire	Dentaire	Période (du - au /mois-année)
1	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

F. Questions concernant votre santé

Pour obtenir une couverture complète dès la prise d'effet de votre assurance, couvrant également les maladies préexistantes, nous vous prions de bien vouloir remplir le questionnaire de santé ci-dessous. Sur la base des réponses fournies, nous vous informerons si vous êtes éligibles à l'assurance et ainsi que, le cas échéant, des éventuelles surprimes pour risque accru devant s'ajouter à la prime ou des éventuelles exclusions applicables à votre couverture d'assurance.

- Je choisis la couverture d'assurance complète, y compris des maladies préexistantes. Je remplis le questionnaire de santé ci-dessous.
- J'opte pour le moratoire. Je ne remplis pas le questionnaire de santé ci-dessous. Dans ce cas, les maladies préexistantes et leurs suites ne seront pas couvertes pendant une période probatoire de 24 mois. Veuillez vous référer à la page 4 pour de plus amples informations sur l'option moratoire.

Important : Veuillez noter ce qui suit (voir aussi « Responsabilité du contenu de la demande », page 4) : Répondez en détail à toutes les questions. Tous troubles, maladies et suites d'accidents doivent être indiqués, même dans le cas où vous les considérez comme insignifiants. Les traits ne comptent pas pour réponse. **Si la place ne suffit pas :** répondez sur une feuille annexe en indiquant le numéro d'assuré et référez-vous à cette feuille dans la demande. Si vous ne souhaitez pas donner certaines informations à votre intermédiaire d'assurance, il est néanmoins nécessaire de les communiquer à DKV Globality S.A. **par écrit dans les trois jours ;** merci d'indiquer alors dans le formulaire de demande votre intention de faire une déclaration distincte. Si vous omettez de répondre correctement ou intégralement aux questions posées sur cette page, lorsque l'information manquante ou incorrecte est déterminante pour la prise en charge du risque, nous pourrions – sous réserve que l'obligation de fournir des informations n'ait pas été volontairement violée – mettre fin au contrat dans un délai d'un mois après avoir eu connaissance de la violation de l'obligation de déclaration dans la mesure où nous pouvons prouver que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque. Le contrat est entaché de nullité si, suite à une violation volontaire de l'obligation de déclaration des risques, notre évaluation du risque est remise en question. Dans ce cas, vous êtes tenu de rembourser toutes les prestations d'assurance reçues et nous conserverons les primes versées. **Pour les personnes déjà assurées chez DKV Globality S.A.,** les troubles de santé et traitements subis pendant les 5 dernières années, et dont DKV Globality S.A. a pleinement connaissance à travers les factures ou certificats médicaux soumis dans le cadre du précédent contrat d'assurance, n'ont pas besoin d'être déclarés. Tout trouble de santé et traitement se produisant entre la signature de la demande de couverture d'assurance et la confirmation de l'acceptation du contrat par DKV Globality sera également considéré comme maladie préexistante. **Par conséquent il est nécessaire de nous informer immédiatement de toute modification des informations fournies qui pourrait avoir lieu entre la soumission de la présente demande de couverture et notre acceptation.**

Taille et poids	Assuré 1		Assuré 2		Assuré 3		Assuré 4	
	en cm / en kg							
	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
1. Y a-t-il eu un séjour hospitalier, en centre thérapeutique, en cure ou en maison de santé au cours des 5 dernières années ?	<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. Avez-vous subi des opérations chirurgicales (y compris ambulatoires) au cours des 5 dernières années ?	<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. Avez-vous suivi une psychothérapie ou une cure de désintoxication au cours des 5 dernières années ?	<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. Avez-vous souffert au cours des 3 dernières années ou souffrez-vous actuellement de maladies, troubles, séquelles d'accidents ou d'autres troubles de la santé, ou avez-vous subi des examens/suivi des traitements ?	<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. Prenez-vous des médicaments (p. ex. cachets, pommades) ? Si oui, lesquels et sur la base de quel diagnostic ?	<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. Un traitement ou examen ambulatoire/hospitalier est-il conseillé ou prévu ?	<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. A-t-on jamais constaté chez vous une contamination par le VIH (p. ex. par un test de dépistage du SIDA) ?	<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. Présentez-vous une amétropie de 8 dioptries ou plus ?	<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. Avez-vous un défaut physique/organique, une maladie ou une blessure due au service militaire, une incapacité totale ou partielle de travail / degré du handicap ? Si oui, merci de joindre un certificat officiel.	<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. Êtes-vous enceinte ?	<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. Avez-vous été chez le dentiste durant les 3 dernières années ?	<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. Suivez-vous actuellement un traitement dentaire, une réalisation ou un renouvellement de prothèse dentaire sont-ils en cours, suivez-vous un traitement pour parodontose, orthognatie ou un traitement orthodontique, ou de telles mesures sont-elles prévues ou ont-elles été conseillées ? (Si oui, veuillez joindre le plan de traitement à jour avec devis.)	<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. Manque-t-il des dents qui n'ont pas encore été remplacées (sauf dents de lait et de sagesse ainsi que des dents dont les espaces ont été refermés par les dents adjacentes) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, nombre de dents manquantes		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Informations détaillées si une réponse aux questions de santé 1 à 9 et 12 a été positive :					
Assuré	Question n°	Nature de la maladie, du médicament, de la blessure, des troubles, de l'examen (quel a été le résultat ?) ; valeurs de dioptries ? Question 12: Quelles mesures ?	Traitements/ troubles de - à (mois-année)	Nom et adresse des médecins, hôpitaux ; qui peut fournir des renseignements ?	Depuis quand le traitement est-il terminé / les troubles ont-ils cessé ?

Veuillez indiquer ci-dessous le nom et l'adresse de votre médecin de famille ou du médecin le plus apte à fournir de plus amples informations sur votre état de santé :

G. Conventions particulières* et remarques

*De telles conventions sont soumises à la confirmation écrite de DKV Globality S.A.

H. Modalités de paiement des primes

Périodicité des paiements mensuellement trimestriellement
 semestriellement annuellement

Mode de paiement

Virement des primes à DKV Globality S.A. :

BGL BNP Paribas · IBAN: LU090030309301020000 · WL BIC Code BGLLLLULL

Carte de crédit

Visa MasterCard

Vous recevrez, en même temps que vos documents d'assurance, un lien vers une page Internet sécurisée sur laquelle vous pourrez indiquer vos coordonnées de carte bancaire afin d'activer votre couverture d'assurance.

Merci de bien vouloir noter que les primes sont majorées des suppléments suivants en fonction des échéances de paiement choisies : 0 % en cas de paiement annuel, 2 % en cas de paiement semestriel, 3 % en cas de paiement trimestriel et 4 % en cas de paiement mensuel.

Autorisation de débit sur un compte bancaire luxembourgeois (formulaire spécial séparé)

Autorisation de débit sur un compte bancaire allemand (si différent du compte indiqué pour le versement des prestations, formulaire spécial séparé)

Veuillez indiquer un compte pour le versement des prestations de l'assureur.

Titulaire du compte	Etablissement bancaire
Compte N°	Agence N°
Code postal/Ville	Pays
Swift (BIC)	IBAN

I. Déclarations finales

Veuillez vérifier l'exactitude et l'exhaustivité de vos indications dans le présent formulaire de demande de couverture.

- Par ma signature, je donne mon accord à la réception, à la conservation, au traitement et à la transmission de mes données personnelles et à la déclaration de levée du secret professionnel telle que détaillée en page 4. Cet accord vaut pour moi-même, pour mes enfants assurés et pour les personnes co-assurées dont je suis le représentant légal.
- Je ne souhaite pas donner mon accord à la réception, à la conservation, au traitement et à la transmission de mes données personnelles et à la déclaration de levée du secret professionnel telle que détaillée en page 4. Je souhaite que l'assureur m'informe des personnes et organisations qui demandent des informations. Je déciderai alors au cas par cas si je libère les personnes ou organisations spécifiées de leur obligation au secret professionnel.
 Le choix de cette option peut :
- du moins retarder la souscription du contrat d'assurance demandé si une évaluation du risque n'est pas réalisable sur la base des sources d'information restantes.
 - mener à un retard dans la vérification des demandes de remboursement, à une réduction des prestations, ou même à l'exclusion de prestations par l'assureur si le droit à prestations ne peut être établi, ou seulement en partie, sur la base des sources d'information restantes.

A remplir par l'agent d'assurance :
 Certaines questions de la présente demande ont-elles appelé des réponses vis-à-vis de vous qui n'auraient pas été notées dans le présent formulaire ?

Non Oui

Si oui, lesquelles ?

Toutes les informations et documents relatifs à mon contrat d'assurance seront envoyés :

- à mon adresse de correspondance à l'intermédiaire d'assurance suivant, auquel je donne mandat pour recevoir ceux-ci en mon nom et pour mon compte :

Je consens à recevoir des informations sur les offres spéciales de DKV Globality S.A. par écrit ou par téléphone.

- Oui Non Ce consentement peut être révoqué à tout moment.

Ma signature vaut également pour signature des déclarations imprimées aux pages 4 et 5 (entre autres la déclaration sur mon droit de révocation) et confirmation que j'ai bien lu et compris les Conditions Générales d'Assurance du contrat Globality YouGenio®.

Lieu et date

Signature du demandeur

Signature de l'intermédiaire d'assurance

Nom et n° de l'intermédiaire d'assurance

Nom et n° du sous-intermédiaire d'assurance 1.

Nom et n° du sous-intermédiaire d'assurance 2

Signature(s) de la/des personne(s) co-assuré(es) ou du/des représentant(s) légal(aux)

Déclarations du demandeur et de la/des personne(s) à assurer

J'ai connaissance des dispositions suivantes :

Droit de révocation

Vous pouvez révoquer votre demande de couverture d'assurance par écrit, sans indication de motifs, dans les 14 jours. Le délai de révocation court dès le jour où vous aurez reçu votre police ainsi que les Conditions Générales d'Assurance. Pour respecter ce délai, il suffit d'envoyer votre révocation avant son expiration par la poste, par e-mail ou par fax. La révocation doit être adressée à DKV Globality S.A., 13, rue Edward Steichen, L-2540 Luxembourg. En cas de révocation par e-mail ou par fax, l'adresser à service-yougenio@dkv-globality.com +352/270 444 3599.

Conséquences d'une révocation

Si vous exercez valablement votre droit de révocation, les versements reçus de part et d'autre devront être remboursés. Si vous avez consenti à ce que la couverture d'assurance commence dès avant la fin du délai de révocation, nous ne serons tenus de vous rembourser que le pro rata de la prime correspondant à la période suivant réception de votre révocation.

Acceptation de votre déclaration de couverture d'assurance santé

La demande de couverture d'assurance santé n'engage pas le demandeur ni l'assureur à conclure le contrat d'assurance. L'assureur, sous peine de paiement de dommages et intérêts, est tenu de notifier au demandeur, sous trente jours après réception de la demande, une offre d'assurance, le conditionnement de l'assurance à une enquête approfondie ou un refus.

Responsabilité du contenu de la demande de couverture

Avant de déclarer mon intention de souscrire un contrat, je suis tenu(e) d'indiquer à l'assureur toutes les circonstances dont j'ai connaissance et demandées par l'assureur, qui pourraient être déterminantes pour la décision de l'assureur d'accorder la couverture d'assurance convenue.

Concernant les conséquences juridiques de toute réponse incorrecte aux questions de santé, nous renvoyons aux explications données sur les questions de santé à la page 2.

Droit applicable

Le contrat d'assurance sera soumis aux dispositions du droit luxembourgeois, pour autant que, et dans la mesure où les lois applicables selon le droit national ne contiennent pas de dispositions incompatibles avec les dispositions de la loi luxembourgeoise.

Autorité de surveillance

Toutes réclamations peuvent être adressées à DKV Globality S.A., ou au médiateur des compagnies d'assurances (A.C.A. – Association des Compagnies d'Assurance – en collaboration avec l'U.L.C. – Union Luxembourgeoise des Consommateurs) ou encore à l'autorité de surveillance du secteur des assurances à Luxembourg, le Commissariat aux Assurances.

Consentement à la réception, à la conservation, au traitement et à la transmission de données personnelles

En signant la présente demande de couverture d'assurance santé, je donne explicitement mon accord pour la réception, la conservation et le traitement des données sur ma personne, mon assurance, mon état de santé et mes informations bancaires par DKV Globality S. A. et à la transmission de celles-ci à d'autres sociétés au sein du Groupe Munich Re ainsi qu'aux partenaires de DKV Globality S.A.. Ce consentement est révocable à tout moment. DKV Globality S.A. s'engage à n'effectuer la collecte, à ne conserver, traiter et transmettre de telles données à des tiers qu'exclusivement pour les besoins de l'exécution du contrat d'assurance, l'octroi de la couverture d'assurance et la fourniture de services d'assistance, de conseil et d'aide.

Les informations concernant l'identité et le siège social des tiers traitant mes données sont disponibles à tout moment, sur demande, auprès de DKV Globality S. A..

Le présent consentement restera valable après ma mort et est valable pour mes enfants assurés et toutes autres personnes assurées dont je suis le représentant légal.

J'ai à tout moment, sur demande, un droit d'accès et de rectification de mes données personnelles.

Levée du secret professionnel

En signant la présente demande de couverture d'assurance santé, je libère du secret professionnel et donne un pouvoir approprié à tous les médecins, infirmiers et au personnel soign-

ant, ainsi qu'aux employés d'hôpitaux, de cliniques, de maisons de retraite et de compagnies d'assurances de personnes, de caisses maladie obligatoires ainsi que les associations de prévention des accidents du travail et les administrations cités dans les documents présentés à DKV Globality S.A. ou ayant participé au traitement, de fournir à DKV Globality S.A. des informations sur ma santé et le traitement afin de permettre l'évaluation du risque médical lors de la conclusion du contrat et de la vérification de mes droits dans le cadre du contrat d'assurance.

En signant la présente demande de couverture d'assurance santé, je libère également les employés de DKV Globality S.A. du secret professionnel et donne un pouvoir approprié pour autoriser DKV Globality S.A. à fournir des informations sur ma santé et mon traitement ou sur ma couverture d'assurance à d'autres sociétés au sein du Munich Re Group et aux partenaires de DKV Globality S.A. Le présent pouvoir est révocable à tout moment. DKV Globality S.A. s'engage à ne communiquer de telles données à des tiers qu'exclusivement pour les besoins de l'exécution du contrat d'assurance, l'octroi de la couverture d'assurance et la fourniture de services d'assistance, de conseil et d'aide.

La levée du secret professionnel, tel que définie ci-dessus, restera valable après ma mort et est valable pour mes enfants assurés et toutes autres personnes assurées dont je suis le représentant légal.

À titre révocable à tout moment, je consens également à ce que DKV Globality S.A. demande des renseignements auprès du Registre du commerce, du Registre des débiteurs insolubles et du Registre des dépôts de bilan privés, ou charge une agence de renseignements de ces recherches, aux fins d'évaluation de ma solvabilité.

Date de prise d'effet de la couverture d'assurance

La couverture d'assurance commence à la date spécifiée dans la police d'assurance (date de prise d'effet de l'assurance), mais pas avant le paiement de la première prime et pas avant l'écoulement d'éventuels délais d'attente. Aucune prestation ne sera due pour des sinistres survenus avant la date de prise d'effet de la couverture. Les sinistres survenus après la souscription du contrat d'assurance mais avant la date de prise d'effet de l'assurance sont exclus de la couverture. En cas de modification du contrat, les dispositions du présent paragraphe s'appliquent également aux nouvelles garanties ajoutées.

Bases contractuelles

Le contrat d'assurance sera régi par les Conditions Générales d'Assurance pour Globality YouGenio®.

Je recevrai une copie de la demande de couverture d'assurance immédiatement après apposition de ma signature.

Validité du contrat

Le contrat d'assurance n'est valide que lorsque la demande a été acceptée par écrit par l'assureur et que la police d'assurance a été émise. Le paiement de la première prime à l'intermédiaire d'assurance ne vaut pas acceptation de la demande.

Echéance de la première prime

La première prime ou le premier versement de prime est exigible immédiatement après l'acceptation de votre demande de couverture d'assurance. Vous êtes débiteur de la prime et responsable de son paiement à échéance.

Durée du contrat

Le contrat d'assurance est conclu initialement pour une durée d'un an qui se prolonge automatiquement par périodes de 12 mois à d'expiration de chaque année, à moins que vous vous opposiez à la prolongation au plus tard trois mois avant la fin de l'année d'assurance.

Moratoire

Le moratoire est défini comme une période d'attente de 24 mois pendant laquelle les frais de traitement de maladies préexistantes et de leurs suites ne sont pas couverts. Après une période d'assurance ininterrompue de 24 mois, nous prenons en charge les frais remboursables liés aux maladies préexistantes et à leurs suites à condition que l'assuré n'ait subi aucun traitement et n'ait présenté aucun trouble pendant ce délai d'attente, qu'il n'ait consulté aucun médecin et qu'aucun médicament n'ait été administré ou ne soit devenu nécessaire en lien avec les maladies préexistantes ou leurs suites. Le moratoire pourra être étendu au-delà des 24 mois pour les maladies qui ont entraîné des troubles ou des traitements pendant les premiers 24 mois.

Conversion :**– Conditions Générales d'Assurance du contrat Globality YouGenio®**

En cas de conversion d'un contrat d'assurance santé (par ex. changement de formule), les conditions du contrat décrites dans les Conditions Générales d'Assurance pour Globality YouGenio® s'appliquent à la nouvelle formule dès la date de prise d'effet de la conversion spécifiée dans l'avenant au contrat d'assurance. Selon la formule choisie, les délais d'attente s'appliquent également aux garanties additionnelles.

– Droit de révocation

Si une conversion demandée n'est pas effectuée suite à l'exercice du droit de révocation légal, la couverture d'assurance qui était valable jusqu'alors est maintenue.

– Imputation de la durée

La période d'assurance précédente est imputée sur la nouvelle assurance lors de la conversion.

Un élargissement des garanties est possible en cours d'année d'assurance ; une réduction des garanties ne prend effet qu'au début de l'année d'assurance suivante.

– Année d'assurance

La conversion ne change pas l'année d'assurance.

– Suppléments pour risque accru, restrictions, exclusions

Si des suppléments pour risque accru étaient applicables avant la conversion de l'assurance, ceux-ci seront calculés aux mêmes pourcentages des primes dans la nouvelle formule, à moins d'une convention contraire. Les montants correspondants des suppléments participent aux modifications de primes (p. ex. ajustement des primes, sauf pour les passages dans une autre tranche d'âge).

Après la conversion d'une assurance, les éventuelles restrictions de la couverture d'assurance et éventuelles exclusions applicables antérieurement restent inchangées.

Toutes maladies et leurs suites ainsi que toutes séquelles d'accidents survenus pendant la période d'assurance précédente, et constituant un risque accru d'après les résultats d'examens médicaux, peuvent être exclues de la couverture élargie.

Ceci vaut également pour les traitements et accouchements suite à des grossesses existantes précédemment.

Personnes assurables

En tant que personne séjournant provisoirement à l'étranger pendant au moins trois mois, je confirme être éligible ou que je serai éligible à partir de la date de prise d'effet de la couverture. J'ai connaissance du fait qu'il n'est possible d'assurer les membres de ma famille/ma (mon) compagne (compagnon) que dans la mesure où ceux-ci sont éligibles aux termes des Conditions Générales d'Assurance ; ils ne sont pas co-assurés automatiquement.

Assurance antérieure

Dans la mesure où aucune couverture d'assurance santé privée ou obligatoire n'a existé pour des traitements hospitaliers, ambulatoires et dentaires pour l'une des personnes à assurer au cours des six derniers mois avant la soumission de la demande de couverture d'assurance, cette personne doit se soumettre à un examen médical. A cette fin, je recevrai des services de DKV Globality S.A. un formulaire à remplir par un médecin que je devrai retourner dûment rempli dans les 14 jours après réception. Les frais occasionnés par l'examen sont à la charge du demandeur. Le rapport d'examen devient dans tous les cas la propriété de DKV Globality S.A..