



### 请用汉语拼音填写

商人经典险/豪华险申请表	保险号码(由保险公司填写)
--------------	---------------

代理人	代理人号码 /Vermittler-Nr. 001103000S
-----	----------------------------------

#### 申请人或保险持有人(18周岁以上)

姓名/公司名称	出生日期	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
名	国籍	职业
街道名称, 门牌号码	私人电话	公司电话
邮编	城市名称	电子邮件

请选择哪种保险	<input type="checkbox"/> 中国商人经典医疗保险	<input type="checkbox"/> 中国商人豪华医疗保险
---------	-------------------------------------	-------------------------------------

#### 我申请为下列人员投保

	被保险人1	被保险人2
姓名		
出生日期(日.月.年)		
性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
国籍		
职业		
入境日期(日.月.年)		
之前曾在何处保险	保险公司名称: 从何时: 至何时:	保险公司名称: 从何时: 至何时:
保险开始日(日.月.年)		
逗留国家		
保险终止日(日.月.年)		
月保险费	欧元	欧元
	总额: 欧元	

#### 保险费自动转帐委托书

付款方式	<input type="checkbox"/> 月付款	<input type="checkbox"/> 一次性
我授权保险公司定期从我所提供的帐户上自动提取上列合同该支付的保险费。同时声明, 本人对此授权随时有撤销权。		
银行代码	银行帐号	开户人姓名 (如果申请人和帐户主人不一致时)
银行名称及所在地		帐户主人签字

#### 申请人签字

在在寄出以前, 请再仔细校对一下, 填写表格时有无遗漏或有误的地方, 以免影响正常的保险。签字前, 请仔细阅读申请表背面的解释和说明, 这里面包涵了授权在某些情况下免除相关信息的保密义务; 这也是合同的重要部分。签字后, 说明申请人已接受对合同内容的解释和说明。签字表明申请人自愿申请按照上例保险条款办理一份医疗保险。

德文内容为唯一的法律有效内容, 汉语部份仅供参考)

--	--

日期及申请人签字 已成年的所有被保险人签字(18岁以下的由法定代理人签字)



### Wichtige Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie Hinweise !

Eine Durchschrift dieses Antrages wird Ihnen sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.

### Allgemeine Versicherungsbedingungen

Soweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit den Tarifbedingungen und den abgeschlossenen Tarifen sowie die gesetzlich vorgeschriebene Verbraucherinformation noch nicht mit diesem Antrag übergeben werden, werden mir diese Unterlagen zusammen mit dem Versicherungsschein zugesandt. In diesem Falle werde ich bei Erhalt des Versicherungsscheins auf ein mir zustehendes Widerspruchsrecht, durch das ich mich auch dann noch vom Vertrag lösen kann, hingewiesen.

### Mindestvertragsdauer

Mir ist bekannt, dass der Vertrag – sofern die Versicherungsbedingungen des beantragten Tarifes/der beantragten Tarife dies vorsehen, - für die Dauer von 3 Monaten fest geschlossen wird.

### Zustandekommen des Vertrages/Beginn

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag frühestens zustande kommt, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrags erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird.

Versicherungsbeginn ist der Termin, ab dem Beiträge zu zahlen sind. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor dem Zustandekommen des Vertrages und gegebenenfalls nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

### Widerspruchsrecht

Hat mir der Versicherer die Versicherungsbedingungen bei Antragstellung nicht übergeben oder eine Verbraucherinformation nach § 10 a des Versicherungsaufsichtsgesetzes unterlassen, so gilt der Vertrag auf der Grundlage des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der weiteren für den Vertragsinhalt maßgeblichen Verbraucherinformationen als abgeschlossen, sofern ich nicht innerhalb von 14 Tagen nach Überlassung der Unterlagen in Textform widerspreche. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.

### Wichtig für Antragsteller und Vermittler

Mir ist bekannt, das ich gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden angeben muss. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. die Leistungen verweigern.

### Erstattungskonto

Wenn Sie ein spezielles Erstattungskonto wünschen, teilen Sie uns bitte den Kontoinhaber, die Kontonummer, die Bankleitzahl und die Bankverbindung mit.

### Schweigepflichtentbindungserklärung und Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

#### Allgemeine Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses sowie im Leistungsfall benötigen der Versicherer und dessen Dienstleistungsgesellschaft Care Concept AG personenbezogene Daten von Ihnen. Die Verwendung (= Erhebung, Verarbeitung, Nutzung) dieser Daten ist grundsätzlich aufgrund gesetzlicher Vorschriften zulässig. In den nachfolgenden Fällen ist allerdings Ihre Einwilligung erforderlich.

1. Einwilligung in die Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten für die Risikobeurteilung und Prüfung der Leistungspflicht (Allgemeine Schweigepflichtentbindungserklärung)

#### 1.1. Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Wir prüfen Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Kran-

kenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war, oder 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 zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

#### 1.2. 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. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Prüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation). Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, 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. Diese Erklärungen zur Prüfung der Leistungspflicht gelten auch über meinen Tod hinaus. Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikobeurteilung oder Prüfung der Leistungspflicht an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden. Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine (mit-) zu versichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen (mit-) zu versichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können. Mir ist bewusst, dass sich bei fehlender Zustimmung oder einem Widerruf der Abschluss des von mir beantragten Versicherungsschutzes verzögern kann. Auch bei der Leistungsprüfung können sich deshalb Verzögerungen ergeben und im Einzelfall auch zur Leistungsfreiheit führen, wenn aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise zu begründen ist.

#### Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Versicherer und dessen Dienstleistungsgesellschaft Care Concept AG im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, 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/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der HanseMerkur Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständige(n) Vermittler/-in weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler/-innen dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass die HanseMerkur Versicherungsgruppe und der/die Vermittler/-in meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung (telefonisch, per E-Mail oder per Brief) auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

有不明之处来电联系。电话号码: +49 228 977 3588

请将填写好后的申请表直接邮寄下列地址

Care Concept AG  
Am Herz-Jesu-Kloster 20  
53229 Bonn

或发传真给我们。传真号码: +49 228 977 35911  
或将申请表通过电子邮件发给我们。电子信箱: [vertrag@care-concept.de](mailto:vertrag@care-concept.de)