



Neuantrag Care China Business / Care China Classic	Versicherungs-Nr.
---	-------------------

Vermittler	Vermittler-Nr. 001103000S
------------	---------------------------

Antragsteller/-in bzw. Versicherungsnehmer/-in (mindestens 18 Jahre)

Name/Firma	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Vorname	Nationalität	Beruf/Branche
Straße, Hausnummer	Telefon privat	Telefon dienstlich
Postleitzahl	Wohnort	E-Mail

Wählen Sie bitte Ihren Tarif:

 Care China Classic

 Care China Business

Ich beantrage Krankenversicherungsschutz für die nachstehend aufgeführten Personen

	1. Person	2. Person
Vor- und Zuname		
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Nationalität		
Berufliche Tätigkeit		
Einreisedatum (TT.MM.JJJJ)		
Vorversicherung	Gesellschaft: von: _____ bis: _____	Gesellschaft: von: _____ bis: _____
Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)		
Aufenthaltsland		
Versicherungsende (TT.MM.JJJJ)		
Monatliche Tarifprämie	EUR	EUR
Gesamtprämie:		EUR

Beitragszahlung/Einzugsermächtigung

Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> einmalig
Bis zu meinem jederzeit möglichen Widerruf ermächtige ich den Versicherer, die fälligen Beiträge von folgendem Konto einzuziehen:		
Bankleitzahl	Kontonummer	Name/Vorname (falls Kontoinhaber/-in nicht Antragsteller/-in)
Geldinstitut mit Ortsangabe		Unterschrift (falls Kontoinhaber/-in nicht Antragsteller/-in)

Unterschriften

Bitte prüfen Sie Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesem oder in anderen Schriftstücken machen, auf Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch auf der Rückseite des Antragsformulars die Erklärungen und Hinweise. Diese enthalten unter anderem Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung; sie werden wichtige Bestandteile des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Erklärungen und Hinweise zum Inhalt dieses Antrages. Mit der Unterschrift beantrage ich den Abschluss eines Krankenversicherungsschutzes zu den für den gewählten Versicherungsschutz maßgeblichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit Tarifbedingungen.

Datum und Unterschrift des/der Antragsteller(s)/-in	Unterschrift aller übrigen mitzuversichernden Personen (unter 18 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)



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, dass 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 Versicherungsvertrages, 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.

Bei Fragen rufen Sie bitte folgende Tel.-Nr. an: +49 228 977 3588

Schicken Sie den Antrag bitte ausgefüllt an folgende Adresse

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

oder per Fax an: +49 228 977 35911
E-Mail: vertrag@care-concept.de