



中国商人医疗保险申请表 (豪华险/经典险)

Neuantrag Care China Business / Care China Classic

Versicherungs-Nr.

Vermittler Sh-Makler GmbH & Co. KG 时浩保险经纪公司

Vermittler-Nr.

Antragsteller/-in bzw. Versicherungsnehmer/-in (mindestens 18 Jahre) 投保人 (必须18岁以上)

Name/Firma 姓/公司名称	Geburtsdatum 出生日期	<input type="checkbox"/> männlich 男 <input type="checkbox"/> weiblich 女
Vorname 名	Nationalität 国籍	Beruf/Branche 职业/行业
Straße, Hausnummer 街名房号	Telefon privat 私人电话	Telefon dienstlich 公司电话
Postleitzahl 邮政编码	Wohnort 城市名	E-Mail 电子信箱

Wählen Sie bitte Ihren Tarif: 投保项目

 Care China Classic 经典险 Care China Business 豪华险

Ich beantrage Krankenversicherungsschutz für die nachstehend aufgeführten Personen

请用拼音填写	1. Person 投保人1	2. Person 投保人2	3. Person 投保人3
Vor- und Zuname 名和姓			
Geburtsdatum (TT.MM.JJJ) 出生日期			
Geschlecht 性别	男 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich 女	男 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich 女	男 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich 女
Nationalität 国籍			
Berufliche Tätigkeit 职业			
Einreisedatum 入境日期	___. ___. 20__	___. ___. 20__	___. ___. 20__
Vorversicherung 入保前保险情况	Gesellschaft: 保险公司 von: _____ bis: _____	Gesellschaft: 保险公司 von: _____ bis: _____	Gesellschaft: 保险公司 von: _____ bis: _____
Versicherungsbeginn 入保日期	___. ___. 20__	___. ___. 20__	___. ___. 20__
Aufenthaltsland 逗留国家			
Versicherungsende 保险终止日期	___. ___. 20__	___. ___. 20__	___. ___. 20__
Monatliche Tarifprämie 月保费	EUR	EUR	EUR
	月保费总额	Gesamtprämie:	EUR

Beitragszahlung/Einzugsermächtigung 保费支付/银行信息

Zahlungsweise 保费支付方式	<input type="checkbox"/> monatlich 按月支付	<input type="checkbox"/> einmalig 一次性支付
Bis zu meinem jederzeit möglichen Widerruf ermächtige ich den Versicherer, die fälligen Beiträge von folgendem Konto einzuziehen:		
Bankleitzahl 银行代码	Kontonummer 户口号码	Name/Vorname (falls Kontoinhaber/-in nicht Antragsteller/-in) ^{持有人}
银行名称及所在地 Geldinstitut mit Ortsangabe		如果不是申请人请持有人签名 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 时间及投保人签名	Unterschrift aller übrigen mitzuversichernden Personen (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter) 所有投保人签名
---	---



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 und sich stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt 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 Verbraucherschutzgesetzes 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 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.

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 3535
E-Mail: vertrag@care-concept.de

保险适应人员	此保险适用于64岁以内中国籍人员在德国、奥地利、欧盟各国、申根国家以及瑞士和列支敦士登逗留期间。
保险有效地区	德国、奥地利、欧盟各国、申根国家以及瑞士和列支敦士登
保险人	Hanse-Merkur Reiseversicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
保险期限	<ul style="list-style-type: none"> • 保险期限最短为3个月。 • 在德国逗留期间,最长保期为5年(包括所有延长在内)。在德国以外的其他国家逗留,首次申请最长保险期限为5年,保险到期后,在征得保险公司书面同意后,每次可以再延长5年。

中国商人豪华险内容简介*

医疗保险

• 免费电话服务(从德国的座机拨出)	✓
• 门诊看病费	✓
• 住院治疗费(包括出院后的治疗费)	✓
• 住院期间享受贵宾待遇,可选择单人或双人间病房(最高给付进金额不超过德国医生收费标准)	✓
• 处方药费和包扎用品费	✓
• 视力辅助用具补助费,如镜片,镜框或隐形眼镜,最高给付金额 100,- 欧元。	✓
• 孕期检查费/治疗费,分娩费(等待期过后)	✓
• 医生认为必需的按摩、湿敷和药物吸入疗法费用	✓
• 医生安排的,通往就近医院的往返交通费	✓
• 遗体运往家乡费/安葬费,最高给付金额10.000欧元	✓
• 100% 的急性牙痛治疗费用和已镶牙齿修复费用	✓
• 80%的必要的镶牙费用.每保险年最高给付金额1000欧元(等待期过后)	✓
• 发生意外事故后,医生认为必需的辅助用品费	✓
• 医生安排的回国治疗所需的交通费	✓
• 无自费部分	✓

64周岁以内的月保险费

男	95,00 欧元 / 月
女	120,00 欧元 / 月
儿童**	80,00 欧元 / 月

*这里列举的保险内容,只是一个大致介绍.详细保险范围请参看保险条例

**年满21岁起,采用成人男女价格

中文译文仅供参考,德文原文为唯一法律有效依据.

电话号码: +49 228 97735-88

电子信箱: chinaservice@care-concept.de

保险适应人员	此保险是为中国籍人员在德国、奥地利、其它欧盟国家包括瑞士和列支敦士登或申根国家逗留提供的医疗保险。被保险人的最高年龄不超过64周岁。
保险有效地区	德国、奥地利、其它欧盟国家、瑞士、列支敦士登和申根国家
保险人	Hanse-Merkur Reiseversicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
保险期限	<p>保险期限最短为3个月。</p> <p>中国人在德意志联邦共和国逗留最长保期为5年，包括所有延长的保险期限。</p> <p>在德国境外逗留，第一次申请最长的保险期限为5年，保险到期后，在征得保险公司书面同意后，每次可以再延长5年。</p>

中国商人经典险 - 保险范围一览表*

医疗保险

• 免费电话服务(从德国的座机拨出)	✓
• 门诊看病费	✓
• 住院治疗费, 普通(多床位)病房, 不含大夫和房间选择(包括疗后康复措施)	✓
• 处方药费和包扎用品费	✓
• 孕期检查费/治疗费, 分娩费(等待期过后)	✓
• 医生认为必需的按摩、湿敷和药物吸入疗法费用	✓
• 医生安排的, 通往就近医院的往返交通费	✓
• 遗体运往家乡费/安葬费, 最高给付金额10.000欧元	✓
• 100%急性牙痛治疗费, 包括简单补牙和已镶牙的修复费, 保险180天以内者, 最高给付金额300欧元; 保险180天以上者最高给付金额600欧元	✓
• 50%必要的镶牙费用, 每保险年最高给付金额500欧元(等待期过后)	✓
• 发生意外事故后, 医生认为必需的辅助用品费	✓
• 医生安排回国治疗所需的交通费, 最高给付金额10.000欧元	✓
• 每种疾病自己承担费用25欧元	✓
• 每保险年, 在不报销任何费用的情况下, 退回一月的保险费	✓

64周岁以内的月保险费

男	70 欧元 / 月
女	90 欧元 / 月
儿童**	60 欧元 / 月

*这里列举的保险内容, 只是一个大致介绍. 详细保险范围请参看保险条例

**年满18岁起, 采用成人男女价格

中文译文仅供参考, 德文原文为唯一法律有效依据.

电话号码: +49 228 97735-88

电子信箱: chinaservice@care-concept.de



SH-Maklerbüro - Versicherungsmakler -
Inhaber Xiaolu Schmitz-Huang
Haßlerstr. 8
52066 Aachen - Deutschland
Telefon: 0241 40029623
email: info@sh-makler.de

Pflichtinformationen:

Erlaubnis gemäß § 34 d Abs. 1 GewO Versicherungsmakler erteilt am 13.07.2007 durch IHK Aachen, Theaterstr. 6-10, 52062 Aachen.

Eintrag in das Vermittlerregister unter D-KRS5-RD4Y9-64, im Internet unter www.vermittlerregister.info

Gewerbeanmeldung: Gewerbeabteilung beim Ordnungsamt der Stadt Aachen, Postfach 1210, 52058 Aachen

Beschwerdestelle Versicherungsombudsmann e.V.
Prof. Dr. Günter Hirsch folgt Prof. Wolfgang Römer im Amt des Versicherungsombudsmanns am 1. April 2008
Kronenstraße 29, 10178 Berlin
Tel 0180-5005850 (20 Cent pro Anruf aus dem dt. Festnetz)
Fax 01804-224424 (20 Cent pro Anruf aus dem dt. Festnetz)
eMail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Kronenstraße 13
10117 Berlin
Telefon: 01802/55 04 44 (0,06 Euro pro Anruf aus dem Festnetz)
Telefax: 030/20 45 89 31

weitere Pflichtinformationen:

Abhängigkeiten über Beteiligungen:
Der Makler hält keine unmittelbare oder mittelbare Beteiligung von mehr als 10% an den Stimmrechten oder am Kapital eines Versicherungsunternehmens (VU)
Kein VU oder Mutterunternehmen eines VU hält unmittelbare oder mittelbare Beteiligungen von mehr als 10% an den Stimmrechten oder am Kapital des Maklers

保险适应人员	此保险是为中国籍人员在德国、奥地利、其它欧盟国家包括瑞士和列支敦士登或申根国家逗留提供的医疗保险。被保险人的最高年龄不超过64周岁。
保险有效地区	德国、奥地利、其它欧盟国家、瑞士、列支敦士登和申根国家
保险人	Hanse-Merkur Reiseversicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
保险期限	<p>保险期限最短为3个月。</p> <p>中国人在德意志联邦共和国逗留最长保期为5年，包括所有延长的保险期限。</p> <p>在德国境外逗留，第一次申请最长的保险期限为5年，保险到期后，在征得保险公司书面同意后，每次可以再延长5年。</p>

Care China Classic – 保险范围一览表*

医疗保险

• 免费电话服务(从德国的座机拨出)	4
• 门诊看病费	4
• 住院治疗费，普通(多床位)病房，不含大夫和房间选择(包括疗后康复措施)	4
• 处方药费和包扎用品费	4
• 孕期检查费/治疗费,分娩费(等待期过后)	4
• 医生认为必需的按摩、湿敷和药物吸入疗法费用	4
• 医生安排的，通往就近医院的往返交通费	4
• 遗体运往家乡费/安葬费，最高给付金额10.000欧元	4
• 100%急性牙痛治疗费，包括简单补牙和已镶牙的修复费，保险180天以内者，最高给付金额300欧元；保险180天以上者最高给付金额600欧元	4
• 50%必要的镶牙费用，每保险年最高给付金额500欧元(等待期过后)	4
• 发生意外事故后，医生认为必需的辅助用品费	4
• 医生安排回国治疗所需的交通费，最高给付金额10.000欧元	4
• 每种疾病自己承担费用25欧元	4
• 每保险年，在不报销任何费用的情况下，退回一月的保险费	4

64周岁以内的月保险费

男	70 欧元 / 月
女	90 欧元 / 月
儿童**	60 欧元 / 月

*这里列举的保险内容,只是一个大致介绍.详细保险范围请参看保险条例

**年满18岁起,采用成人男女价格

中文译文仅供参考,德文原文为唯一法律有效依据.

保险适应人员	此保险适用于64岁以内中国籍人员在德国、奥地利、欧盟各国、申根国家以及瑞士和列支敦士登逗留期间。
保险有效地区	德国、奥地利、欧盟各国、申根国家以及瑞士和列支敦士登
保险人	Hanse-Merkur Reiseversicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
保险期限	<ul style="list-style-type: none"> • 保险期限最短为3个月。 • 在德国逗留期间,最长保期为5年(包括所有延长在内)。在德国以外的其他国家逗留,首次申请最长保险期限为5年,保险到期后,在征得保险公司书面同意后,每次可以再延长5年。

中国商人豪华险内容简介*

医疗保险

• 免费电话服务(从德国的座机拨出)	4
• 门诊看病费	4
• 住院治疗费(包括出院后的治疗费)	4
• 住院期间享受贵宾待遇,可选择单人或双人间病房(最高给付进金额不超过德国医生收费标准)	4
• 处方药费和包扎用品费	4
• 视力辅助用具补助费,如镜片,镜框或隐形眼镜,最高给付金额 100,- 欧元。	4
• 孕期检查费/治疗费,分娩费(等待期过后)	4
• 医生认为必需的按摩、湿敷和药物吸入疗法费用	4
• 医生安排的,通往就近医院的往返交通费	4
• 遗体运往家乡费/安葬费,最高给付金额10.000欧元	4
• 100% 的急性牙痛治疗费用和已镶牙齿修复费用	4
• 80%的必要的镶牙费用.每保险年最高给付金额1000欧元(等待期过后)	4
• 发生意外事故后,医生认为必需的辅助用品费	4
• 医生安排的回国治疗所需的交通费	4
• 无自费部分	4

64周岁以内的月保险费

男	95,00 欧元 / 月
女	120,00 欧元 / 月
儿童**	80,00 欧元 / 月

*这里列举的保险内容,只是一个大致介绍.详细保险范围请参看保险条例

**年满21岁起,采用成人男女价格

中文译文仅供参考,德文原文为唯一法律有效依据.