

Versicherer:



vermittelt durch:



Seite 1 von 2

Neuantrag Care China Business 豪华险申请表	Versicherungs-Nr.
---	-------------------

Vermittler SH-Makler GmbH & Co. KG	Vermittler-Nr. 0009190000
------------------------------------	---------------------------

Antragsteller/-in bzw. Versicherungsnehmer/-in (mindestens 18 Jahre) 申请人/投保人 (18周岁以上)		
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 街道名称, 门牌号码	Telefon privat 私人电话	Telefon dienstlich 公司电话
Postleitzahl 邮编	Wohnort 城市名称	E-Mail 电邮

Ich beantrage Krankenversicherungsschutz für die nachstehend aufgeführten Personen 投保人

	1. Person 投保人1	2. Person 投保人2
Vor- und Zuname 姓名		
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) 生日		
Geschlecht 性别	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 (TT.MM.JJJJ) 入境日		
Wo waren Sie in den letzten 5 Jahren versichert? 至前五年的保险信息	Gesellschaft: 保险公司 von: 从 bis: 到	Gesellschaft: 保险公司 von: 从 bis: 到
保险开始 (日.月.年) Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)		
Aufenthaltsland 居住国家		
保险结束 (日.月.年) Versicherungsende (TT.MM.JJJJ)		
Monatliche Tarifprämie 月保费	欧元 EUR	欧元 EUR
	总额 Gesamtprämie:	欧元 EUR

Beitragszahlung/Einzugsermächtigung 自动划账委托书
--

Zahlungsweise 付款方式	<input type="checkbox"/> monatlich 分月付	<input type="checkbox"/> einmalig 一次性
Bis zu meinem jederzeit möglichen Widerruf ermächtige ich den Versicherer, die fälligen Beiträge von folgendem Konto einzuziehen:		
BIC	IBAN	Name/Vorname (falls Kontoinhaber/-in nicht Antragsteller/-in) 开户人姓名
开户行及地址 Geldinstitut mit Ortsangabe		开户人签名 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 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. Ich erkläre hiermit ausdrücklich, das Produktinformationsblatt, die Versicherungsbedingungen, die Verbraucherinformationen, die Mitteilungen nach § 19 Abs. 5 und § 28 Abs. 4 VVG und das Merkblatt zur Datenverarbeitung rechtzeitig vor dieser Antragstellung erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Datum und Unterschrift des/der Antragsteller(s)/-in 申请日期及签名	Unterschrift aller übrigen mitzuversichernden Personen (unter 18 Jahren deren gesetzlicher Vertreter) 所有投保人签名



Versicherer:



vermittelt durch:



Seite 2 von 2

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

Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Gerichtsstand

Klagen gegen die Advigon können erhoben werden in Vaduz oder an dem Ort, an dem der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Zustandekommen des Vertrages/Beginn

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag frühestens zustande kommt, wenn der Versicherer 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, nicht vor Zahlung der Erst- oder Einmalprämie und gegebenenfalls nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Hinweis gemäß § 37 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes

Ist die erste oder einmalige Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

Widerrufsrecht

Ich kann diesen Antrag bis zum Ablauf von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Vertragsbestimmungen einschließlich der allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der weiteren gesetzlich vorgeschriebenen Informationen ohne Angabe von Gründen in Textform (E-Mail, Fax oder per Post) widerrufen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

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.

Mir ist bekannt, dass ich im Leistungsfall aufgrund § 28 des Versicherungsvertragsgesetzes verpflichtet bin, jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer die Leistung im Verhältnis zur Schwere meines Verschuldens kürzen.

Erstattungskonto

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

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

