



Neuantrag Care Korea

Vermittler:	Vermittlernummer: 0027610000	Versicherungsnummer:
-------------	------------------------------	----------------------

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

Name/Firma	Geburtsdatum	q männlich q weiblich		
Vorname	Nationalität	Beruf/Branche		
Straße, Hausnummer	Telefon privat	Telefon dienstlich		
Postleitzahl, Wohnort	c/o	E-Mail		
Wählen Sie bitte einen Tarif mit Selbstbeteiligung:	q Care Korea Plus	q 0,- SB	q 500,- SB	q Care Korea First q 0,- SB q 500,- SB

Ich beantrage Krankenversicherungsschutz für die nachstehend aufgeführten Personen:

	1. Person	2. Person
Vor- und Zuname		
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		
Geschlecht	q männlich q weiblich	q männlich q weiblich
Nationalität		
Berufliche Tätigkeit		
Einreisedatum (TT.MM.JJJJ)		
Wo waren Sie in den letzten 5 Jahren versichert? (ggf. auf Beiblatt ergänzen)	Gesellschaft: von: bis:	Gesellschaft: von: bis:
Versicherungsbeginn (TT.MM.JJJJ)		
Aufenthaltsland		
Versicherungsende (TT.MM.JJJJ)		
Monatliche Tarifprämie:	EUR	EUR
	Gesamtbeitrag gemäß Zahlungsweise:	EUR

Beitragszahlung/Einzugsermächtigung

Zahlungsweise	q monatlich	q 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)	

Gesundheitsfragen

Bitte beachten Sie, dass fehlende, falsche oder bagatellierte Angaben zu einer rückwirkenden Vertragsanpassung oder einer Aufhebung des Vertrages führen können. Die Konsequenz kann der völlige Verlust des Versicherungsschutzes sein!

	1. Person	2. Person
	Größe in cm:	Größe in cm:
	Gewicht in kg:	Gewicht in kg:
1. Bestehen und/oder bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten, Anomalien und/oder Unfallfolgen, (ggf. Kostenträger nennen) die nicht ärztlich und/oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) behandelt wurden?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
2. Wurden in den letzten 3 Jahren Behandlungen/Untersuchungen von Ärzten und/oder Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) durchgeführt und/oder sonstige Gesundheitsstörungen /Anomalien festgestellt? (Auch solche, die der Feststellung einer frischen oder abgelaufenen Virusinfektion [Hepatitis, HIV] dienen und/oder die zu einem anderen krankhaften Befund [Rheuma, Allergien, Asthma] oder bei weiblichen Personen zur Feststellung einer Schwangerschaft [bitte Schwangerschaftswoche (SSW) angeben] führten?)	☐ ja ☐ nein SSW	☐ ja ☐ nein SSW
3. Sind Behandlungen/Untersuchungen durch Ärzte und/oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) für die Zukunft angeraten oder planen Sie diese?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
4. a) Wurde(n) in der Vergangenheit regelmäßig Drogen, Medikamente und/oder Alkohol konsumiert?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
4. b) Besteht oder bestand in der Vergangenheit eine Essstörung?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
5. Wurden in den letzten 5 Jahren Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und/oder von Psychotherapeuten/Psychologen durchgeführt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
6. Sind Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und/oder bei Psychotherapeuten/Psychologen für die Zukunft angeraten?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
7. Bestehen und/oder bestanden behördlich anerkannte gesundheitliche Schäden (z. B. Wehr- oder Kriegsdienstbeschädigungen, Schäden aufgrund von [Arbeits-] Unfällen/Berufskrankheiten, sonstige Schäden)? Falls ja, bitte Versorgungs- und ggf. Rentenbescheid beifügen.	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein



8. Fehlen Zähne im natürlichen Gebiss, die noch nicht ersetzt sind? Falls ja, bitte Anzahl angeben. (Vollständiger Lückenschluss, Weisheits- und Milchzähne gelten nicht als fehlende Zähne)	☐ ja, Anzahl: ☐ nein	☐ ja, Anzahl: ☐ nein
9. Finden derzeit zahnärztliche Maßnahmen statt? (Behandlung und/oder Anfertigung und/oder Erneuerung von Zahnersatz/Implantaten/Kronen/In- bzw. Onlays [Einlagefüllungen bzw. Teilkronen])	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
10. Sind zahnärztliche Maßnahmen für die Zukunft angeraten? (Behandlung und/oder Anfertigung und/oder Erneuerung von Zahnersatz/Implantaten/Kronen/In- bzw. Onlays [Einlagefüllungen bzw. Teilkronen])	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
11. Finden derzeit und/oder fanden in der Vergangenheit Parodontosebehandlungen/-untersuchungen statt und/oder sind solche für die Zukunft geplant oder angeraten?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
12. Finden derzeit und/oder fanden in der Vergangenheit kieferorthopädische Behandlungen/Untersuchungen statt und/oder sind solche für die Zukunft angeraten?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Name, Anschrift und Telefonnummer des Hausarztes, Zahnarztes bzw. behandelnder Fachärzte und Heilpraktiker	
Wird eine der gestellten Fragen 1-8 mit „Ja“ beantwortet, sind nachstehend ausführliche Angaben erforderlich. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte den Befund angeben.	

Reicht der unten vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und vom Antragsteller und der zu versichernden Person, bzw. ihrem gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben.

Zu Person Nr.	Zu Frage Nr.	Art der Beschwerden, Krankheiten, Anomalien, Unfallfolgen, Behandlungen, Untersuchungen; Name der Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel	Von	Bis	Die genannten Behandlungen, bzw. Untersuchungen waren Routineuntersuchungen ohne krankhaften Befund	Die Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen sind folgenlos ausgeheilt:			Dauer von Arbeitsunfähigkeit	
						Nein, es sind weitere Behandlungen geplant; und zwar:	Nein, es sind keine weiteren Behandlungen geplant	Ja, seit	von	bis

Unterschriften

Bitte prüfen Sie Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesem Antrag oder in anderen Schriftstücken machen, auf Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die angehängten 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. Ich habe das Produktinformationsblatt, die Versicherungsbedingungen, die Verbraucherinformationen und das Merkblatt zur Datenverarbeitung rechtzeitig vor Antragstellung erhalten und dieses Formular einschließlich aller darin enthaltenen Erklärungen, Hinweise, Fragen und Antworten vor Unterzeichnung durchgelesen und bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der eingetragenen Antworten.	
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 !

Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Gerichtsstand

Für alle Fälle, in denen eine im Klageweg in Anspruch zu nehmende Partei keinen allgemeinen Gerichtsstand in Deutschland hat oder ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, wird die Zuständigkeit des Gerichtsstandes Hamburg vereinbart.

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, 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, 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 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 Krankenkassen 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, Pflegeheime, Personenversicherer, 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 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

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg

Vorstand: Fritz Horst Melsheimer (Vors.)
Eberhard Sautter, Eric Bussert, Holger Ehse,
Dr. Andreas Gent, Raik Mildner

Aufsichtsrat: Hans Geisberger (Vors.)
Handelsregister: Hamburg B 19768
USt. IdNr.: DE175218900