

Versicherer:



vermittelt durch:



Seite 1 von 2

请用汉语拼音填写

商人经典险 申请表		保险号码(由保险公司填写)
代理人 CTG Service Center		代理人号码 /Vermittler-Nr. 001342000G
申请人或保险持有人(18周岁以上)		
姓/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

我申请为下列人员投保

	被保险人1	被保险人2
姓名	名: 姓:	名: 姓:
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)		
之前何时在何处保险	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。		
BIC	IBAN	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

在签字以前, 请您再次审阅您或者您的代理在这份申请当中所提供的信息和声明是否正确和完整. 错误的信息会影响您的保险保障. 另外我们还敬请您签字以前认真阅读申请表注意事项. 特别提请注意有关解除个人数据保护沉默义务的规定. 因为解除沉默义务属于合同的一部分. 一旦有您的签字, 就表明您已经同意该条款. 特此声明, 在我正式递交申请之前我已经看过保险产品介绍/全部保险条款/用户信息/保险法第 § 19款 第5条和第28款 第4条规定以及数据保护说明。

请申请人注明申请日期并签字	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)
---------------	------------------------------



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.

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

