



解除有关人员保持沉默的义务

我知道, 保险公司在履行保险人义务的时候, 需要核实我所提供的医院、医生报销单据. 为此, 我特此声明, 同意给我治疗过的医院和医务人员, 解除他们的沉默义务, 向保险公司提供所需信息. 同时也声明, 如果我本人发生意外而身亡时, 同样同意他们解除沉默, 配合保险公司取证. 此声明也同样适合于意外事故保险、医疗保险和人寿保险所涉及到的其他保险人. 所涉及到的人员随时可要求, 个别数据的抽掉只有在本人同意的情况下才可进行.

1. 有权接收保险赔偿

保险申请人委托保险人在一定的情况下将该合同的赔偿直接与被保险人或治疗人结算.

2. 同意

我同意, 保险人为了判断风险的大小, 或是否有其他保险公司以及其他保险协会如 HUK 协会(第三责任保险、意外事故保险, 机动车辆保险及法律事务保险协会), 同样有履行保险义务时, 可将我合同中所提供的必要数据(保险费的支付情况, 保险事故率的高低, 风险的大小、合同的变更等)提供给再保险人或私人医疗保险协会等. 此声明适合于所有现正在办理中的(保险)合同和以后的所有合同.

另外, 如果是用于正常处理我的保险事宜, 我同意 HanseMerkur Versicherungsgruppe 将我

合同中的数据及报帐情况在数据库里统一管理并转有关负责处理保险事务的中介人. 健康状况数据只允许告知保险人和再保险人. 只有在与签订合同有关的必要范围内才可通知中介人. 以下声明与此合同无关, 且可随时撤回. 即: 本人同意中介人将申请及合同中所提供的数据及报帐情况提供给其他经济调研部门. (如不同意请将您的意见以书面形式或通过邮寄, 或通过电子信箱或通过传真通知我们).

但前提是, 我本人得知道“数据保护条令”的大致内容. 如用于其他目的, 本人有权随时书面或口头撤回声明. 保险人在技术、组织许可的范围内, 将尽快把客人的意见落到实处.

3. Schriftverkehr

Ich willige ein, dass Vertragsunterlagen und sonstiger Schriftverkehr mir in unverschlüsselter Form als Standard-E-Mail an meine im Antrag angegebene E-Mail-Adresse übersendet wird.

4. Hinweise zur Versicherungsfähigkeit

- **Für die Tarife Care College und Care Au-Pair:** Ich habe vor, wieder in mein Heimatland zurückzukehren, bzw. ich besitze nur eine befristete Aufenthaltserlaubnis.
- **Für den Tarif Care College:** Der Hauptgrund meines Aufenthaltes ist die Aus- und Weiterbildung, bzw. es handelt sich um ein "working holiday" oder "work & travel" programm.
- **Für den Tarif Care Visa Protect:** Der Vertragsabschluss erfolgt im Zusammenhang mit einer Visumerteilung.

个人数据保护注意事项及特此声明



- **Für den Tarif Care Science:** Ich bin chinesischer Stipendiat.

中文译文仅供参考,法律依据以德文原文为准.