

**Versicherungsantrag auf Abschluss einer Option auf eine Krankheitskosten-
vollversicherung und/oder für die Zusatz-Krankenversicherung**

Ist kein Versicherungsbeginn eingetragen,
wird der auf den Antragsingang
folgende Monatserste beantragt.

Beantragter Versicherungsbeginn
0 1 | 2 0 1 0

Wird von der HanseMerkur ausgefüllt:
VE Personen-Nr. (Vers.-Nr.) Abschlussverm. AD-Nr. Bestandsbetr. AD-Nr. GKD-Nr. MK 134 08.09
000003-028-000001
1 0 4 | 0 2 9 0 7 0 0 | 0 2 9 0 7 0 0 AD-Versand ja

Identifikationsnr./Kooperations-/Gruppenversicherungspartner Mitarbeiter/-in bei Kooperations-/Gruppenversicherungspartner
 ja, bei nein

Antragsteller/-in Name/Titel/Firmenname, Gesellschaftsform, Vorname, Straße, Postfach/Zustellergängung, Haus-Nr., Geburtsdatum, Postleitzahl, Wohnort, Telefon* (privat), Telefon* (geschäftlich), Staatsangehörigkeit, Fax*, E-Mail*, Status (siehe Rückseite), Derzeitige berufl. Tätigkeit (Haupt- und Nebenberuf), Familienstand* (ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet, eingetragene Partnerschaft, eheähnliche Gemeinschaft)

Inkasso Der Beitrag soll bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden: Bankverbindung gilt für alle Verträge. Bankleitzahl, Kontonummer, Geldinstitut/Ort, Name/Vorname/Firmenname, Unterschrift, **Kontoinhaber/-in, falls nicht Antragsteller/-in:**

Zahlungsweise monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich Firmenabrechnung **Beitragsbescheinigung** für den Arbeitgeber: ja nein für das Finanzamt: ja nein

Ergänzung zum Antragsteller Bei Nicht-EU-Staatsangehörigkeit, im Besitz einer gültigen: Niederlassungserlaubnis befristeten Aufenthaltserlaubnis Aufenthaltsbewilligung Aufenthaltsgestattung

Zu versichernde Personen **Person 1** Vorname (falls abw. vom/von Antragsteller/-in: auch Name) Frau Herr, Geburtsdatum, Status (s. Rückseite) seit (bei Status 3), Staatsangehörigkeit, Bei Nicht-EU-Staatsangehörigkeit, im Besitz einer gültigen: Niederlassungserlaubnis befristeten Aufenthaltserlaubnis Aufenthaltsbewilligung Aufenthaltsgestattung, Derzeitige berufliche Tätigkeiten (Haupt- und Nebenberuf, bei nicht Erwerbstätigen: letzte Tätigkeit), Bei Auszubildenden: Art der Ausbildung, Dauer von, bis

Person 2 Vorname (falls abw. vom/von Antragsteller/-in: auch Name) Frau Herr, Geburtsdatum, Status (s. Rückseite) seit (bei Status 3), Staatsangehörigkeit, Bei Nicht-EU-Staatsangehörigkeit, im Besitz einer gültigen: Niederlassungserlaubnis befristeten Aufenthaltserlaubnis Aufenthaltsbewilligung Aufenthaltsgestattung, Derzeitige berufliche Tätigkeiten (Haupt- und Nebenberuf, bei nicht Erwerbstätigen: letzte Tätigkeit), Bei Auszubildenden: Art der Ausbildung, Dauer von, bis

Bestehende Krankenversicherung Ich bin Mitglied folgender deutschen GKV: (Name und Anschrift), Ich bin im Rahmen der Familienversicherung (Name des GKV-Mitglieds), Mitglied folgender deutschen GKV: (Name und Anschrift der deutschen GKV)

Bestehende Krankenversicherung Ich bin Mitglied folgender deutschen GKV: (Name und Anschrift), Ich bin im Rahmen der Familienversicherung (Name des GKV-Mitglieds), Mitglied folgender deutschen GKV: (Name und Anschrift der deutschen GKV)

Gewünschte Tarife **Versicherungsschutz mit Optionsrecht für GKV-Versicherte** OPTG PS2GF, **GKV-Ergänzungsschutz** ES EST EG EZ EZE EZT EZP AE KE PS1G PS2G KH/ clinic A clinic U PTA/ KTS 5,- EUR KTS 10,- EUR T43/ KTS 15,- EUR KTS 20,- EUR, Monatsbeitrag EUR

Gewünschte Tarife **Versicherungsschutz mit Optionsrecht für GKV-Versicherte** OPTG PS2GF, **GKV-Ergänzungsschutz** ES EST EG EZ EZE EZT EZP AE KE PS1G PS2G KH/ clinic A clinic U PTA/ KTS 5,- EUR KTS 10,- EUR T43/ KTS 15,- EUR KTS 20,- EUR, Monatsbeitrag EUR

Bitte zusätzlich beantworten, sofern OPTG beantragt wird: Mein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt liegt seit dem oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2006 = 47.250,- EUR, 2007 = 47.700,- EUR, 2008 = 48.150,- EUR, 2009 = 48.600,- EUR), Mein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt überschreitet die Jahresarbeitsentgeltgrenze (s.o.) nicht.

Bitte zusätzlich beantworten, sofern OPTG beantragt wird: Mein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt liegt seit dem oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2006 = 47.250,- EUR, 2007 = 47.700,- EUR, 2008 = 48.150,- EUR, 2009 = 48.600,- EUR), Mein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt überschreitet die Jahresarbeitsentgeltgrenze (s.o.) nicht.

Zusätzlicher Hinweis zum Tarif KTS Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf die der versicherten Person bekannten Erkrankungen oder Unfallfolgen, wegen derer sie in den letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich oder therapeutisch beraten oder behandelt wurde. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsschutz innerhalb der nächsten 24 Monate seit Beginn des Versicherungsschutzes eintritt und mit diesen Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht (vgl. § 5 Abs. 3 AVB/TS).

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

Verteiler: Blatt 1 - HanseMerkur Blatt 2 - Kunde/-in Blatt 3 - Vermittler/-in



* Diese Angaben sind freiwillig.

| Angaben zu anderen Versicherungen innerhalb der letzten 5 Jahre | Bestehen, bestanden oder wurden beantragt (und noch nicht entschieden)? (Es sind auch abgelehnte Anträge anzugeben. Hier bitte unter „von/bis“ einen entsprechenden Hinweis geben.) | | Zu Person | ja | nein | von | bis | Krankenkasse und/oder privates Versicherungsunternehmen und/oder Beihilfeträger | Versicherungsnummer | Gekündigt von wem? |
|---|---|-----|-----------|--------------------------|--------------------------|-------------|-------------|---|---------------------|--------------------|
| | | | | | | T T M M J J | T T M M J J | | | |
| Krankenhaustagegeldversicherung | | EUR | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | EUR | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Krankentagegeldversicherung | ab dem | Tag | EUR | 1 | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | ab dem | Tag | EUR | 2 | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Pflegetagegeldversicherung | | EUR | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | EUR | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |

Angaben zum Gesundheitszustand

(Nicht erforderlich, sofern ausschließlich der Tarif EZP und/oder clinic U, und/oder KTS beantragt wird.)

Es sind auch solche Krankheiten und Beschwerden (innerhalb der abgefragten Zeiträume) anzugeben, die ausgeheilt sind, die nicht behandelt wurden, und auch solche, die für unwesentlich gehalten wurden, jedoch nicht kurzfristige Erkältungen wie Husten, Schnupfen, soweit nicht dabei Mandel- und/oder Nebenhöhlenbeschwerden auftraten. Bei ausgeheilten Krankheiten und Beschwerden geben Sie bitte an, seit wann Beschwerde- und Behandlungsfreiheit besteht. Wird eine der gestellten Fragen 1. bis 4. mit „ja“ beantwortet, sind ergänzende Angaben erforderlich. Ihre ausführlichen Angaben, tragen Sie bitte in der Tabelle im Anschluss an die Gesundheitsfragen ein. Vielen Dank.

| | | Person 1 | Person 2 |
|---|---|--|--|
| | | Größe _____ cm | Größe _____ cm |
| | | Gewicht _____ kg | Gewicht _____ kg |
| 1. Angaben zu Beschwerden, Krankheiten, Behandlungen, Anomalien, Unfallfolgen (bei Beantragung von mind. einem der Tarife OPTG, PS2GF, ES, EST, AE, KE, T43, PS1G, PS2G, KH, clinic A oder PTA) | | | |
| 1.1 | 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. Heilpraktiker) behandelt wurden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 1.2 | Wurden in den letzten 3 Jahren Behandlungen/Untersuchungen von Ärzten und/oder Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. 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)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein SSW _____ | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein SSW _____ |
| 1.3 | Sind Behandlungen/Untersuchungen durch Ärzte und/oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Heilpraktiker) für die Zukunft angeraten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 1.4 | Besteht und/oder bestand eine Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit und/oder eine Essstörung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Angaben zu Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und bei Psychotherapeuten/Psychologen (bei Beantragung von mind. einem der Tarife OPTG, PS2GF, ES, EST, AE, KE, T43, PS1G, PS2G, KH, clinic A oder PTA) | | | |
| 2.1 | Wurden in den letzten 5 Jahren Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und/oder von Psychotherapeuten/Psychologen durchgeführt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2.2 | Sind Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und/oder von Psychotherapeuten/Psychologen für die Zukunft angeraten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Angaben zu behördlich anerkannten Schäden (bei Beantragung von mind. einem der Tarife OPTG, PS2GF, ES, EST, AE, KE, T43, PS1G, PS2G, KH, clinic A oder PTA) | | | |
| 3.1 | 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. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Angaben zum Zahnstatus (bei Beantragung von mind. einem der Tarife OPTG, PS2GF, ES, EST, EG, EZ, EZT, EZE, AE oder KE) | | | |
| 4.1 | Fehlen Zähne (außer Weisheits-/Milchzähnen) im natürlichen Gebiss, die noch nicht ersetzt sind? Falls ja, bitte Anzahl angeben. <i>Ich bin mit einem Beitragszuschlag in Höhe von 1,50 EUR (Tarif ES, EST, EG, EZ, EZT) bzw. 1,00 EUR (Tarif EZE) je fehlenden Zahn einverstanden.</i> | <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> nein |
| 4.2 | Finden derzeit zahnärztliche Maßnahmen statt? (Behandlung und/oder Anfertigung und/oder Erneuerung von Zahnersatz/Implantaten/Kronen/In- bzw. Onlays [Einlagefüllungen bzw. Teilkronen]) <i>Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die bereits begonnene Zahnersatzmaßnahme.“ einverstanden.</i> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4.3 | Sind zahnärztliche Maßnahmen für die Zukunft angeraten? (Behandlung und/oder Anfertigung und/oder Erneuerung von Zahnersatz/Implantaten/Kronen/In- bzw. Onlays [Einlagefüllungen bzw. Teilkronen]) <i>Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die angeratene Zahnersatzmaßnahme.“ einverstanden.</i> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Bitte zusätzlich beantworten, sofern der Tarif OPTG oder PS2GF beantragt wird: | | | |
| 4.4 | Finden und/oder fanden Parodontitisbehandlungen statt und/oder sind solche für die Zukunft angeraten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4.5 | Finden derzeit kieferorthopädische Behandlungen statt und/oder sind solche für die Zukunft angeraten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Name, Anschrift und Telefonnummer des Hausarztes, Zahnarztes bzw. behandelnder Fachärzte oder Heilpraktiker:

| Person 1 | Person 2 |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Reicht der 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/den zu versichernden Person(en) bzw. ihrem gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben. Anlage(n) beigelegt: ja, Anzahl nein

| 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 Arbeitsunfähigkeiten |
|---------------|--------------|---|-----|-----|---|---|--------------------------------|
| | | | | | Nein, es sind weitere Behandlungen geplant; und zwar: | Nein, es sind keine weiteren Behandlungen geplant | von bis |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen des/der Antragsteller(s)/-in und der zu versichernden Personen auf der Rückseite dieses Antrags. Die in diesen Schlusserklärungen enthaltene allgemeine Schweigepflichtentbindungserklärung habe ich zur Kenntnis genommen und stimme ihr zu. Ich kann diese Erklärung jedoch jederzeit widerrufen. Diese Erklärungen enthalten auch Hinweise zur Datenverarbeitung; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrags.

Ich habe die Verbraucherinformation Ergänzung **Februar 2010**, Zahn Ergänzung _____, clinic _____, bzw. _____ sowie das Produktinformationsblatt/die Produktinformationsblätter am _____ erhalten.

Es wurde ein Beratungsprotokoll erstellt, dessen Durchschrift/Kopie ich erhalten habe.

Ort, Datum _____ Unterschrift des/der Antragsteller(s)/-in _____ Unterschriften der zu versichernden Personen (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter) _____

Ich bestätige, dass der vorstehende Versicherungsantrag eigenhändig unterschrieben wurde. Es sind mir weder andere Mitteilungen über frühere Erkrankungen oder alte Leiden gemacht worden, noch habe ich Anzeichen einer Krankheit, eines alten Leidens oder einer Anomalie bemerkt.

Der/Die Antragsteller/-in hat mir Untersuchungspapiere ausgehändigt: ja nein

Unterschrift des/der Vermittler(s)/-in _____

Schlusserklärungen sowie Hinweise/Erklärungen/Erläuterungen

Wichtig für den/die Antragsteller/-in:

1. Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen unerwünscht und für den/die Versicherungsnehmer/-in unzuweckmäßig.
2. Eine Durchschrift dieses Antrages wird Ihnen sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.
3. **Bitte beantworten Sie die Fragen im Antrag vollständig und richtig. Sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.**
4. Für die Versicherung gelten die Versicherungsbedingungen, denen der unabhängige Treuhänder zugestimmt hat sowie die jeweiligen Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers.
5. Der Versicherungsvertrag wird für zwei Versicherungsjahre geschlossen. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht vom Versicherungsnehmer und in Kenntnis der betroffenen versicherten Person(en) zum Ablauf der Vertragszeit fristgemäß gekündigt wird.
6. Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird.
7. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung, nicht jedoch vor dem Versicherungsbeginn und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
8. Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz zum vorgenannten Beginn, ggf. schon vor dem Ende der Widerrufsfrist, besteht. Informationen über das Widerrufsrecht finden Sie in der Verbraucherinformation unter „Wichtige Informationen“.
9. Falls ich gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so kann ich diese der HanseMerkur Krankenversicherung AG unmittelbar schriftlich mitteilen.
10. Für die beantragte Krankentagegeldversicherung bestätige ich, dass der Tagessatz zusammen mit anderweitigen gleichartigen Ansprüchen 80% des täglichen Durchschnitts-Bruttoeinkommens nicht übersteigt. Ich verpflichte mich, Verminderungen des Einkommens anzuzeigen. Die tarifliche Karenzzeit wurde so gewährt, dass die Zahlung von Krankentagegeld erst nach Ablauf eines ggf. bestehenden Anspruchs auf Gehaltsfortzahlung einsetzt. Veränderungen der Lohn-/Gehaltsfortzahlungsdauer sind ebenfalls anzuzeigen.
11. Ich verpflichte mich, alle Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit und/oder eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Person, die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten, der HanseMerkur Krankenversicherung AG unverzüglich schriftlich anzuzeigen.
12. Mir ist bekannt, dass ich ohne Zustimmung des Versicherers nicht berechtigt bin, bei einem anderen Versicherungsunternehmen eine weitere Krankenhaus-, Kranken- und/oder Pflegegeldversicherung zu beantragen oder abzuschließen. Bei einem Verstoß gegen diese Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Krankenhaus-, Kranken- und/oder Pflegegeldversicherung mit sofortiger Wirkung zu kündigen und bereits erbrachte Leistungen zurückzufordern.
13. Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers aber vor der Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht gemäß o. g. Absatz, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht ist jedoch ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer aber das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein vorhandenes Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode, Vertragsbestandteil.

Allgemeine Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses sowie im Leistungsfall benötigt die HanseMerkur Krankenversicherung 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, 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.

Einwilligung 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 Einwilligungen gelten nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen überlassen wird.

Zuständiger Ombudsmann bzw. Aufsichtsbehörde

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

| | |
|----------------|---|
| Status: | <ol style="list-style-type: none">1. Arbeitnehmer/-in (Angestellte/r und Arbeiter/-in)2. Beam(t)er/-in3. Selbständige/r und Freiberufler/-in einschl. Subunternehmer/-in4. nicht erwerbstätig (einschl. Hausfrauen bzw. -männer)5. Rentner/-in und Pensionär/-in6. Student/-in, Auszubildende/r und Beamtenanwärter/-in7. Kind oder Schüler/-in8. juristische Person |
|----------------|---|