



**Angaben zu anderen Versicherungen innerhalb der letzten 5 Jahre**

**Angaben zur LETZTEN Vollversicherung (ggf. auch ausländische) (wenn mit „ja“ beantwortet, bitte ergänzende Angaben in nachstehender Tabelle)**

	Person 1		Person 2	
1. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	<input type="checkbox"/> ja, KT in Höhe von _____ EUR ab der _____ KW.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, KT in Höhe von _____ EUR ab der _____ KW.	<input type="checkbox"/> nein
2. Gesetzliche Pflegeversicherung (SPV)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Private Krankenversicherung (PKV)	<input type="checkbox"/> ja, KT in Höhe von _____ EUR ab der _____ KW.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, KT in Höhe von _____ EUR ab der _____ KW.	<input type="checkbox"/> nein
4. Private Pflegepflichtversicherung (PPV)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Private Reisekrankenversicherung (PRV)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Zu Person	Zu Ziffer	von T T M M J J	bis T T M M J J	Versicherer	Gekündigt/beendet von wem?

**Angaben zum Gesundheitszustand**

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 Erkrankungen wie Husten, Schnupfen, sowie 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	_____ cm	_____ cm
Gewicht _____ kg	_____ kg	_____ kg

**1. Angaben zu Beschwerden, Krankheiten, Behandlungen, Anomalien, Unfallfolgen**

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?  ja  nein  ja  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)?  ja  nein  ja  nein  
SSW \_\_\_\_\_ SSW \_\_\_\_\_

1.3 Sind Behandlungen/Untersuchungen durch Ärzte und/oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Heilpraktiker) für die Zukunft angeraten?  ja  nein  ja  nein

1.4 Besteht und/oder bestand eine Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit und/oder eine Essstörung?  ja  nein  ja  nein

**2. Angaben zu Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und bei Psychotherapeuten/Psychologen**

2.1 Wurden in den letzten 5 Jahren Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und/oder von Psychotherapeuten/Psychologen durchgeführt?  ja  nein  ja  nein

2.2 Sind Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und/oder von Psychotherapeuten/Psychologen für die Zukunft angeraten?  ja  nein  ja  nein

**3. Angaben zu behördlich anerkannten Schäden**

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.  ja  nein  ja  nein

**4. Angaben zum Zahnstatus**

4.1 Fehlen Zähne (außer Weisheits-/Milchzähnen) im natürlichen Gebiss, die noch nicht ersetzt sind? Falls ja, bitte Anzahl angeben.  ja, Anzahl \_\_\_\_\_  nein  ja, Anzahl \_\_\_\_\_  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])  ja  nein  ja  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])  ja  nein  ja  nein

4.4 Finden und/oder fanden Parodontitisbehandlungen statt und/oder sind solche für die Zukunft angeraten?  ja  nein  ja  nein

4.5 Finden derzeit kieferorthopädische Behandlungen statt und/oder sind solche für die Zukunft angeraten?  ja  nein  ja  nein

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

Person 1 \_\_\_\_\_ Person 2 \_\_\_\_\_

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) beigefügt:  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	Ja, seit	von bis
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

**Ergänzende Angaben zur Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV)**

\*) Definition s. Schlusserklärungen Punkt „Hinweis zur PPV“

	Person 1	Person 2
1. Übersteigt das monatliche Gesamteinkommen*) der zu versichernden Person 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 8 Abs. 1 SGB IV bzw. beträgt es im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV, § 18 a SGB IV mehr als 400,- EUR?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Nachstehende Fragen bitte nur beantworten, sofern die zu versichernde Person Kind oder Student/-in ist:</b>		
a) Befindet sich die zu versichernde Person in einer Schul- oder Berufsausbildung? (Wenn ja, bitte voraussichtliche Dauer angeben.)	<input type="checkbox"/> ja, bis zum _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bis zum _____ <input type="checkbox"/> nein
b) Ist die zu versichernde Person als Student/-in immatrikuliert? (Falls ja, bitte voraussichtliche Dauer angeben und Kopie der Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)	<input type="checkbox"/> ja, bis zum _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bis zum _____ <input type="checkbox"/> nein
c) Leistet die zu versichernde Person ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr, Wehr- bzw. Zivildienst (bzw. hat geleistet)?	<input type="checkbox"/> ja, von-bis _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von-bis _____ <input type="checkbox"/> nein
<b>Bitte zusätzlich bei allein zu versichernden Kindern beantworten:</b>		
d) Ist mindestens ein Elternteil beitragspflichtig in der PPV (nicht als Anwartschaft) versichert? (Falls ja, bitte Gesellschaft nennen.)	<input type="checkbox"/> ja, bei _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei _____ <input type="checkbox"/> nein
<b>Nachstehende Fragen bitte nur beantworten, sofern der Ehepartner nicht bei der HanseMerkur versichert ist oder wird:</b>		
3. a) Wo bestehen die Kranken- und Pflegepflichtversicherung?	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> SPV <input type="checkbox"/> PPV	
b) Wird eine bereits bestehende PPV als Anwartschaftsversicherung geführt?	<input type="checkbox"/> ja, bei _____ <input type="checkbox"/> nein	
c) Übersteigt das monatliche Gesamteinkommen*) Ihres Ehegatten/Ihrer Ehegattin 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 8 Abs. 1 SGB IV bzw. beträgt es im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV, § 18 a SGB IV mehr als 400,- EUR?	<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 Schweigepflichtbindungserklärung habe ich zur Kenntnis genommen und stimme ihr zu. Ich kann diese Erklärung jedoch jederzeit widerrufen. Diese Erklärungen enthalten auch Hinweise zur Datenverarbeitung und Datenübermittlung; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrags.

Ich habe die Verbraucherinformation(en)  Start Fit \_\_\_\_\_,  Pro Fit \_\_\_\_\_,  Fit Januar 2010 \_\_\_\_\_,  \_\_\_\_\_

sowie das Produktinformationsblatt/die Produktinformationsblätter am \_\_\_\_\_ erhalten (bitte ergänzen Sie jeweils die Version der ausgehändigten Verbraucherinformation(en) – z. B. Februar 2009, im letzten Fall auch den Namen – z. B. Beihilfe Januar 2009.).

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

Der Zusatzfragebogen zur Feststellung der Versicherungspflicht (Vordruck MK 002) für  Person 1  Person 2 ist beigefügt (nur erforderlich, sofern der Basistarif beantragt wird oder kein direkter Anschluss zur Vorversicherung besteht).

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 in meiner Gegenwart 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 \_\_\_\_\_ VM-Nr. \_\_\_\_\_

104 / 0290700

# Schlusserklärungen sowie Hinweise/Erklärungen/Erläuterungen

## Wichtig für den/die Antragsteller/-in:

- 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 unzweckmäßig.
- Eine Durchsicht dieses Antrages wird Ihnen sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.
- Bitte beantworten Sie die Fragen im Antrag vollständig und richtig. Sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.**
- Für die Versicherung gelten die Versicherungsbedingungen, denen der unabhängige Treuhänder zugestimmt hat, sowie die jeweiligen Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers.
- 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.
- Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wurde oder eine schriftliche Annahmestätigung vorliegt.
- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung, nicht jedoch vor dem Versicherungsbeginn und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- 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“.
- Falls ich gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so kann ich diese der HanseMerkur Krankenversicherung AG unmittelbar schriftlich mitteilen.
- 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.
- 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.
- Mir ist bekannt, dass ich ohne Zustimmung des Versicherers nicht berechtigt bin, bei einem anderen Versicherungsunternehmen eine weitere Krankenhaus-, Kranken- und/oder Pflegetagegeldversicherung zu beantragen oder abzuschließen. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer berechtigt, die Krankenhaus-, Kranken- und/oder Pflegetagegeldversicherung innerhalb eines Monats ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen. Liegt eine vorsätzliche Verletzung der Obliegenheit vor, kann der Versicherer bereits erbrachte Leistungen zurückfordern. Bei grober Fahrlässigkeit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung zu kürzen.
- 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.

## Hinweis zur PPV:

Bei Gewährung von Beitragsfreiheit oder Beitragsermäßigung in der Privaten Pflegepflichtversicherung gilt als Gesamteinkommen die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts. Dazu zählen das Entgelt aus einer Beschäftigung, Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung, Land- und Forstwirtschaft sowie sonstige Einkünfte wie z. B. Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung mit ihrem Zahlbetrag (also: ohne die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung). Einmalige Einkünfte – beispielsweise Zinszahlung – sind auf dem Kalendermonat umzurechnen. Nicht zum Gesamteinkommen zählen z. B. Mutterschafts- und Erziehungsgeld, Kindergeld, Bafög, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe- und Wohngeld. Der sich so ergebende Betrag wird um die Werbungskosten vermindert. Nicht abzugsfähig vom Gesamteinkommen sind: Altersentlastungsbetrag, außergewöhnliche Aufwendungen, Sonderausgaben, Kinder- und Haushaltsfreibeträge sowie sonstige steuerlich vom Einkommen abzuziehende Beträge.

Die Bezugsgröße gem. § 18 Abs. 1 SGB IV (Viertes Buch, Sozialgesetzbuch) beträgt für das Jahr 2009: 360,- EUR monatlich.

## Allgemeine Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages, 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.

<b>Status:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>Arbeitnehmer/-in (Angestellte/r und Arbeiter/-in)</li><li>Beamte(r)/-in</li><li>Selbständige/r und Freiberufler/-in einschl. Subunternehmer/-in</li><li>Nicht erwerbstätig (einschl. Hausfrauen bzw. -männer)</li><li>Rentner/-in und Pensionär/-in</li><li>Student/-in, Auszubildende/r und Beamtenanwärter/-in</li><li>Kind oder Schüler/-in</li><li>Juristische Person</li></ol>
----------------	---

## HanseMerkur Krankenversicherung AG

Postanschrift: 20352 Hamburg  
Hausanschrift: Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg  
Telefon: (0 40) 41 19-11 00, Telefax: -32 57, www.hansemerkur.de

Vorstand: Fritz Horst Melsheimer (Vors.),  
Holger Ehses, Dr. Andreas Gent, Peter Ludwig,  
Hans H. Melchior, Eberhard Sautter

Aufsichtsrat: Jörg G. Schiele (Vors.)  
Sitz: Hamburg, Handelsregister: Hamburg B 101967  
USt-IdNr.: DE259608010

## 1. Einwilligung in die Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten für die Risikobeurteilung und Prüfung der Leistungspflicht (Allgemeine Schweigepflichtbindungserklärung)

### 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 fünf 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 Schweigepflichtbindung entsprechend – und zwar bis zu zehn 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.

Weiterhin willige ich ein, dass der Versicherer (VR) zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung Informationen zu meinem Zahlungsverhalten von der infoscure Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden, sowie Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren von der informa Unternehmensberatung GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden bezieht und nutzt.

Ebenso willige ich ein, dass der VR der infoscure Consumer Data GmbH während der Dauer meines Vertrages Daten betreffend nicht vertragsgemäßes Verhalten (z. B. offene Forderungen, Versicherungsmisbrauch) zur Weitergabe dieser an andere Versicherer zur Beurteilung von deren Risiko und Ansprüchen übermittelt.

Auch diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der VR ist im Übrigen verpflichtet, mir Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie zum Zweck der Speicherung zu geben.

## Einwilligung in die Datenübermittlung an die Finanzbehörden

Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, allgemeine Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete und ggf. erstattete Beiträge) von der HanseMerkur Krankenversicherung AG den Finanzbehörden übermittelt werden.

Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

## 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