

Versicherungsantrag auf Abschluss einer Zusatzversicherung

(Ist kein Versicherungsbeginn eingetragen, wird der auf den Antragseingang folgende Monatserste beantragt.)
Beantragter Versicherungsbeginn **01.2009**

Wird von der HanseMerkur ausgefüllt: VE Personen-Nr. (Vers.-Nr.) Abschlussverm. AD-Nr. Bestandsbetr. AD-Nr. GKD-Nr. MK 050 05.09 002064-027-000001

104 **029070000290700** **AD-Versand** ja

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

Antragsteller/-in Name/Titel/Firmenname, Gesellschaftsform _____ Vorname _____
 Versicherungsnehmer/-in Straße, Postfach/Postleitzahl, Wohnort _____ Haus-Nr. _____ Geburtsdatum _____
 (mindestens 18 Jahre) Postleitzahl, Wohnort _____
 Herr Telefon* (geschäftlich) _____
 Frau (privat) _____
 Firma Fax* _____ Staatsangehörigkeit _____
 E-Mail* _____
 Status (siehe Rückseite) _____ seit _____ Familienstand* ledig geschieden eingetragene Partnerschaft
 (bei Status 3) verheiratet verwitwet eheähnliche Gemeinschaft
 Derzeitige berufl. Tätigkeit (Haupt- und Nebenberuf) _____

Inkasso Bankverbindung gilt für alle Verträge. Bankleitzahl _____ Kontonummer _____ Geldinstitut/Ort _____
Kontoinhaber/-in, falls nicht Antragsteller/-in: Name/Vorname/Firmenname _____ Unterschrift _____
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 _____

Ich bin Mitglied folgender deutschen GKV: (Name und Anschrift) _____

Gewünschte Tarife und Beitrag

<input type="checkbox"/> EZ	<input type="checkbox"/> EG	<input type="checkbox"/> EZT	<input type="checkbox"/> EZP	<input type="checkbox"/> EZE	Monatsbeitrag _____ EUR
<input type="checkbox"/> KTS 5,- EUR	<input type="checkbox"/> KTS 10,- EUR	<input type="checkbox"/> KTS 15,- EUR	<input type="checkbox"/> KTS 20,- EUR		Monatsbeitrag _____ EUR

Angaben zum Zahnstatus Die Beantwortung der Fragen ist nur erforderlich, wenn mindestens einer der Tarife EZ, EZT, EZE oder EG beantragt wird.

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

Ich bin mit einem Beitragszuschlag in Höhe von 1,50 EUR (Tarif EZ, Tarif EZT, Tarif EG) bzw. 1,00 EUR (Tarif EZE) je fehlenden Zahn einverstanden.

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

Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die bereits begonnene Zahnersatzmaßnahme.“ einverstanden.

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

Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die angeratene Zahnersatzmaßnahme.“ einverstanden.

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 Versicherungsfall 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).

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 Antrages.

Ich habe die Verbraucherinformation Ergänzung **02 / 09**, Zahn Ergänzung _____, 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 _____

* Diese Angaben sind freiwillig.

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

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



Schlussfolgerungen 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 unerwuntst und für den/die Versicherungsnehmer/-in unzumutbar.
- Eine Durchschrift dieses Antrages wird Ihnen sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.
- Bitte beantworten Sie die Fragen im Antrag vollständig und richtig. Sonst gefährdet Sie Ihren Versicherungsschutz.**
- Für die Versicherung gelten die Versicherungsbedingungen – denen der unabhängige Treuhänder zugestimmt hat –, die jeweiligen Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers sowie die Satzung.
- Der Versicherungsvertrag wird für zwei Versicherungsjahre geschlossen. Das Versicherungsverhaltis 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 fristgema gekündigt wird.
- 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.
- 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 gewählt, 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 Krankentagegeldversicherung zu beantragen oder abzuschließen. Bei einem Verstoß gegen diese Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Krankentagegeldversicherung mit sofortiger Wirkung zu kündigen und bereits erbrachte Leistungen zurückzufordern.
- Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstand, 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 Umstand, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hät. 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 Versicherungsvertrages, zur Abwicklung des Vertragsverhaltisses 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 Schweigepflichtentbindungserklrung)

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) und 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 Verzogierungen 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 übermittelt wird.

Zuständiger Ombudsmann bzw. Aufsichtsbehore

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. Beamte(r)/-in3. Selbstständige/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
----------------	---