

**Versicherungsantrag
auf Zusatz-Pflegekrankenversicherung**

(Ist kein anderer Versicherungsbeginn eingetragen, wird der auf den Antrags-
eingang folgende Monatserste beantragt.)

Beantragter Versicherungsbeginn

0 1 2 0

Wird von der HanseMerkur ausgefüllt:
 VE Personen-Nr. (Vers.-Nr.) Abschlussverm. AD-Nr. Bestandsbetr. AD-Nr. GKD-Nr. SV AD-Versand
 ja

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

**Antrag-
steller/-in**
 Name/Titel/Firmenname, Gesellschaftsform, Vorname
 Straße, Postfach/
 Zustellergängung, Haus-Nr., Geburts-
 Postleitzahl, Wohnort, datum
 Herr Telefon* (geschäftlich)
 Frau (privat)
 Firma Fax* Staats-
 E-Mail* angehörigkeit
 Status seit (nur für Ziff. 3 erforderlich) Anspruch auf Beihilfe ja nein Familienstand*
 (siehe Rückseite) freie Heilfürsorge ja nein ledig verheiratet
 Derzeitige berufl. Tätigkeiten (Haupt- und Nebenberuf) verwitwet geschieden
 eheähnliche Gemeinschaft

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

**Zahlungs-
weise** monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich Firmenabrechnung **Beitrags-
bescheinigung** für den Arbeitgeber: ja nein
 für das Finanzamt: ja nein

**Ergänzung
zum Antrag-
steller** Bei Nicht-EU-Staats-
angehörigkeit, im Besitz einer gültigen: Niederlassungserlaubnis befristeten Aufenthaltserlaubnis Aufenthaltsbewilligung Aufenthaltsgestattung

**Zu
versichernde
Personen**
 Hinweis: Wenn Antrag-
steller/-in = versicherte
Person, dann
nur die grün
markierten
Felder aus-
füllen

Person 1 Vorname (falls abw. vom/von Antragsteller/-in: auch Name) Frau Herr
 Geburtsdatum, Status (siehe Rückseite) seit (nur für Ziff. 3 erforderlich)
 Staatsangehörigkeit, Bei Nicht-EU-Staatsangehörigkeit, im Besitz einer gültigen: Niederlassungserlaubnis befristeten Aufenthaltserlaubnis Aufenthaltsbewilligung Aufenthaltsgestattung
 Anspruch auf Beihilfe: ja nein freie Heilfürsorge ja nein
 Derzeitige berufliche Tätigkeiten (Haupt- und Nebenberuf, bei nicht Erwerbstätigen: letzte Tätigkeit)
 Bei Auszubildenden: Art der Ausbildung, Dauer von, bis

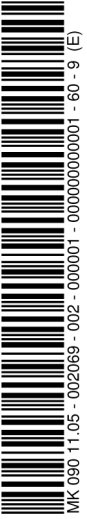
Person 2 Vorname (falls abw. vom/von Antragsteller/-in: auch Name) Frau Herr
 Geburtsdatum, Status (siehe Rückseite) seit (nur für Ziff. 3 erforderlich)
 Staatsangehörigkeit, Bei Nicht-EU-Staatsangehörigkeit, im Besitz einer gültigen: Niederlassungserlaubnis befristeten Aufenthaltserlaubnis Aufenthaltsbewilligung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

**Gewünschter
Tarif** PTA20 PTA40 PTA50 PTA (max. 100,- EUR) Monatsbeitrag in EUR
 PTA20 PTA40 PTA50 PTA (max. 100,- EUR) Monatsbeitrag in EUR

* Diese Angaben sind freiwillig.

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

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



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 Beihilfetrag	Versicherungsnummer	Gekündigt von wem?
Pflegetagegeldversicherung	_____ EUR	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	_____ EUR	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Gesetzliche Pflegeversicherung	bei einem Privaten Krankenversicherer	1	<input type="checkbox"/>						
	bei einem Gesetzlichen Krankenversicherer		<input type="checkbox"/>						
	bei einem Privaten Krankenversicherer	2	<input type="checkbox"/>						
	bei einem Gesetzlichen Krankenversicherer		<input type="checkbox"/>						

Angaben zum Gesundheitszustand	Person 1		Person 2	
	Größe und Gewicht	_____ cm	_____ kg	_____ cm
1. a) Bestehen und/oder bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Anomalien, Krankheiten/Unfallfolgen (ggf. Kostenträger angeben)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b) Wurden in den letzten 3 Jahren Behandlungen/Untersuchungen durchgeführt und/oder sonstige Gesundheitsstörungen/Anomalien festgestellt? (Auch solche, die der Feststellung einer frischen oder abgelaufenen Virusinfektion [Hepatitis, HIV-Infektion] dienen und/oder die zu einem anderen krankhaften Befund [Rheuma, Allergien, Asthma] führten?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Wurden in den letzten 5 Jahren Krankenhaus- und/oder Kurbehandlungen und/oder psychotherapeutische Behandlungen durchgeführt und/oder sind solche für die Zukunft angeraten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. 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

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

Person 1	Person 2
-----------------	-----------------

Wird eine der gestellten Fragen 1 bis 3 mit „ja“ beantwortet, sind nachstehend ausführliche Angaben erforderlich. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte den Befund angeben. 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 zu versichernden Person bzw. ihrem gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben.

Anlage(n) beigefügt: ja, Anzahl _____ nein

Zu Person Nr.	Zu Frage Nr.	Art der Erkrankung, Verletzung, Beschwerden; Name der Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel	von	bis	Für die Zukunft angeraten? ja/nein	Name, Anschrift, Telefonnummer der Ärzte, Heilpraktiker, Zahnärzte, Krankenhäuser bzw. wer kann Auskunft geben?	Welche Folgen bestehen noch bzw. sind weitere Behandlungen vorgesehen?	Dauer der Arbeitsunfähigkeiten	
								von	bis

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlussfolgerungen des/der Antragsteller(s)/-in und der zu versichernden Personen. Diese Erklärungen enthalten Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlussfolgerungen zum Inhalt dieses Antrages.

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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unterschrift des/der Vermittler(s)/-in
--	--	--

Schlusserklärungen (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 unzumutbar.

Eine Durchschrift 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 –, die jeweiligen Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers sowie die Satzung.

1. Der Versicherungsvertrag wird für drei Versicherungsjahre geschlossen. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht vom Versicherungsnehmer zum Ablauf der Vertragszeit fristgemäß 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.

Hat mir der Versicherer die Versicherungsbedingungen bei Antragstellung nicht übergeben oder eine Verbraucherinformation nach § 10 a des Versicherungsaufsichtsgesetzes unterlassen, so gilt der Vertrag auf der Grundlage des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der weiteren für den Vertragsinhalt maßgeblichen Verbraucherinformation als abgeschlossen, sofern ich nicht innerhalb von 14 Tagen nach Überlassung der Unterlagen in Textform widerspreche. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.

2. Falls ich gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so kann ich diese der HanseMerkur Krankenversicherung aG unmittelbar schriftlich mitteilen.
3. Mir ist bekannt, dass ich ohne Zustimmung des Versicherers nicht berechtigt bin, bei einem anderen Versicherungsunternehmen eine weitere Pflegegeldversicherung zu beantragen oder abzuschließen. Bei einem Verstoß gegen diese Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Pflegegeldversicherung mit sofortiger Wirkung zu kündigen und bereits erbrachte Leistungen zurückzufordern.
4. Ich verpflichte mich, Behandlungen, Untersuchungen und alle Veränderungen im Gesundheitszustand der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrages eintreten, der HanseMerkur Krankenversicherung aG umgehend schriftlich anzuzeigen.
5. Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 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.

Schweigepflichtentbindungserklärung und Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

1. Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hierzu ein Anlass besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus – und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht; dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruches die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall.

Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Kranken- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

2. 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 zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Status:

1. Arbeitnehmer/-in (Angestellte/r und Arbeiter/-in)
2. Beamt(er)/-in
3. Selbständige/r und Freiberufler/-in einschl. Subunternehmer/-in
4. nicht erwerbstätig (einschl. Hausfrauen bzw. -männer)
5. Rentner/-in und Pensionär/-in
6. Student/-in, Auszubildende/r und Beamtenanwärter/-in
7. Kind oder Schüler/-in
8. juristische Person

HanseMerkur Krankenversicherung aG

Siegfried-Wedells-Platz 1, 20352 Hamburg
Tel.: (0 40) 41 19-11 00, Fax: -32 57
www.hansemerkur.de

Vorstand: Fritz Horst Melsheimer (Vors.)
Hans Geisberger, Dr. Andreas Gent, Peter Ludwig
Eberhard Sauter (stv.)

Aufsichtsrat: Dr. Gottfried Arnold (Vors.)
Handelsregister: Hamburg B 1875