

**Versicherungsantrag
Zahnzusatzversicherung**

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

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

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 (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 ja nein, freie Heilfürsorge: ja nein 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 ja nein, freie Heilfürsorge: ja nein ja nein, 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)

Gewünschter Tarif EZ Monatsbeitrag EUR EZ Monatsbeitrag EUR

Angaben zum Gesundheitszustand

	Person 1	Person 2
1. Fehlen Zähne (außer Weisheits-/Milchzähne) im natürlichen Gebiss, die noch nicht ersetzt sind? (Bitte Anz. angeben.)	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein
Ich bin mit einem Beitragszuschlag in Höhe von 1,50 EUR je fehlenden Zahn einverstanden.		
2. Finden derzeit zahnärztliche Maßnahmen statt bzw. sind solche für die Zukunft angeraten (Behandlung und/oder Anfertigung und/oder Erneuerung von Zahnersatz/Implantaten/Kronen/In-/Onlays [Einlagefüllungen/Teilkronen])?	<input type="checkbox"/> ja, bereits begonnen ¹⁾ <input type="checkbox"/> ja, für die Zukunft angeraten ²⁾ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bereits begonnen ¹⁾ <input type="checkbox"/> ja, für die Zukunft angeraten ²⁾ <input type="checkbox"/> nein

¹⁾ Ich bin mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die bereits begonnene Zahnersatzmaßnahme“ einverstanden.
²⁾ Ich bin mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die angeratene Zahnersatzmaßnahme“ einverstanden.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen 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 Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrages.

Ich bin damit einverstanden, dass die HanseMerkur Kontakt zu mir oder meiner Familie aufnimmt, um über Versicherungsprodukte zu informieren.

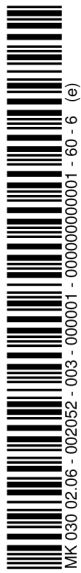
Ort, Datum Unterschrift des/der Antragsteller(s)/-in Unterschriften der zu versichernden Personen (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)

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 (Hinweise/Erklärungen/Erlauerungen)

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 Durchschrift dieses Antrages wird Ihnen sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.

Bitte beantworten Sie die Fragen im Antrag vollständig und richtig. Sonst gefahren 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 drei Versicherungsjahre geschlossen. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht vom Versicherungsnehmer zum Ablauf der Vertragszeit fristgemaig 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.

- Sofern der Erlass der Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, gilt eine Einreichungsfrist von 14 Tagen ab Antragsunterzeichnung. Geht das ärztliche Zeugnis nicht oder verspätet ein, gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten.
- Falls ich gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so kann ich diese der HanseMerkur Krankenversicherung aG unmittelbar schriftlich mitteilen.
- 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.
- 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.

Schweigepflichtentbindungserklarung und Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

- Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie die Beschäftigten in Krankenhäusern und Gesundheitsämtern von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.
Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht.
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 5 Jahren nach Antragstellung.
Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassenden Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und / oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z.B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation). Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes.
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.

- 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:

- Arbeitnehmer/-in (Angestellte/r und Arbeiter/-in)
- Beamte(r)/-in
- Selbstständige/r und Freiberufler/-in einschl. Subunternehmer/-in
- nicht erwerbstätig (einschl. Hausfrauen bzw. -männer)
- Rentner/-in und Pensionär/-in
- Student/-in, Auszubildende/r und Beamtenanwärter/-in
- Kind oder Schüler/-in
- 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 Sautter (stv.)

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