

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			
Krankheitskostenvoll- sowie Pflegepflichtversicherung (GKV/PKV sowie SPV/PPV)		1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
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"/>	<input type="checkbox"/>					
	ab dem _____ Tag _____ EUR	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Pflegetagegeldversicherung _____ EUR		1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	_____ EUR	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Betriebsunterbrechungsversicherung		1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

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 Erkältungen wie Husten, Schnupfen, soweit nicht dabei Mandel- oder Nebenhöhlenbeschwerden auftraten.	Person 1 Größe und Gewicht		Person 2 Größe und Gewicht	
		_____ cm	_____ kg	_____ cm	_____ kg
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) Würden 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] oder bei weiblichen Personen zur Feststellung einer Schwangerschaft [bitte Schwangerschaftswoche (SSW) angeben] führten?)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bei Schwangerschaft: SSW _____				Bei Schwangerschaft: SSW _____	
2. Würden 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
4. a) Fehlen Zähne (außer Weisheits-/Milchzähnen) im natürlichen Gebiss, die noch nicht ersetzt sind? (Bitte Anzahl angeben.)		<input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____	<input type="checkbox"/> nein
b) 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	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c) Finden oder fanden Parodontitisbehandlungen statt oder sind solche für die Zukunft angeraten?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
d) Finden derzeit kieferorthopädische Behandlungen statt 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
----------	----------

Wird eine der gestellten Fragen 1 bis 4 mit „ja“ beantwortet, sind nachstehend ausführliche Angaben erforderlich. Bei Vorsorgeuntersuchungen bitte den Befund angeben. Reichert 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) beigelegt: 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

Ergänzende Angaben zur Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV)	1. Familienstand	Person 1		Person 2		
		<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	
2. a) Üben Sie eine oder mehrere geringfügige Beschäftigung(en) i. S. des § 8 SGB IV aus und erzielen Sie daraus ein Einkommen, das regelmäßig den Höchstbetrag nach § 8 Abs. 1 SGB IV übersteigt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	b) Überschreitet Ihr monatliches Gesamteinkommen i. S. des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 3 EStG) regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nachstehende Fragen bitte nur beantworten, sofern die zu versichernde Person Kind oder Student/-in ist:						
3. 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
Bitte zusätzlich bei allein zu versichernden Kindern beantworten:						
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	
	Nachstehende Fragen bitte nur beantworten, sofern der Ehepartner nicht bei der HanseMerkur versichert ist oder wird:					
4. 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 oder ruht sie beitragsfrei?		<input type="checkbox"/> ja, bei _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c) Wird eine oder werden mehrere geringfügige Beschäftigung(en) i. S. des § 8 SGB IV ausgeübt und wird daraus ein Einkommen erzielt, das regelmäßig den Höchstbetrag nach § 8 Abs. 1 SGB IV übersteigt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	d) Überschreitet das monatliche Gesamteinkommen i. S. d. Einkommenssteuerrechts (§ 2 Abs. 3 EStG) regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Mit jeder der beantragten Versicherungen wird ein rechtlich selbständiger Versicherungsvertrag begründet. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlussklärungen 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 Schlussklärungen 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 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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unterschrift des/der Vermittler(s)/-in	VM-Nr.

Schlussfolgerungen sowie Hinweise/Erklärungen/Erläuterungen

A. Allgemeine Hinweise

1. 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.
2. Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Kranken- bzw. Lebensversicherung ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar.
3. 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.
4. Ich verpflichte mich, ärztliche Behandlungen, Untersuchungen und alle Veränderungen im Gesundheitszustand der zu versichernden Person, die bis zur Annahme dieses Antrages eintreten, der HanseMerkur Versicherungsgruppe umgehend schriftlich anzuzeigen.
5. Falls ich gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so kann ich diese gegenüber der HanseMerkur Versicherungsgruppe unmittelbar schriftlich mitteilen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von sieben Tagen ab Antragstellung erfolgen.
6. Mündliche Abmachungen haben keine Gültigkeit. Insbesondere sind Versicherungsvermittler oder Versicherungsmakler nicht berechtigt, ihrerseits vom Versicherungsnehmer irgendwelche Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben.

B. Schweigepflichtentbindungserklrung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsabschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsabschluss 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 von 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 Antragsstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikoprüfung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 5 Jahren nach Antragsstellung.

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 veranlassten 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.

C. Einwilligungsklausel 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 Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und den Verband der privaten Krankenversicherer e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch (unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages)* für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

*) gilt nicht für die Krankenversicherung

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; ein 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 Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – berlassen wird.

D. Zuständige Aufsichtsbehörde/Ombudsmann

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
Tel. (02 28) 41 08-0

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Kronenstraße 13
10117 Berlin
Tel. (01 80) 2 55 04 44

E. Erklärungen und Hinweise zur Krankenversicherung

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.

2. Für die Versicherung gelten die Versicherungsbedingungen – denen der unabhängige Treuhänder zugestimmt hat –, die jeweiligen technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers sowie die Satzung.
3. Mir ist bekannt, dass ich ohne Zustimmung des Versicherers nicht berechtigt bin, bei einem anderen Versicherungsunternehmen eine weitere Krankenhaus-, Kranken- oder Pflegetagegeldversicherung zu beantragen oder abzuschließen. Bei einem Verstoß gegen diese Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Krankenhaus-, Kranken- oder Pflegetagegeldversicherung mit sofortiger Wirkung zu kündigen und bereits erbrachte Leistungen zurückzufordern.

4. **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.**
5. 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.
6. 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 anzugeben. 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.

F. Erklärungen und Hinweise zur Betriebsunterbrechungsversicherung (KrisenManager)

Erläuterungen zur Antragsannahme

1. **Hat mir der Versicherer die Versicherungsbedingungen bei Antragstellung nicht übergeben oder eine Verbraucherinformation nach § 5a Versicherungsvertragsgesetz) unterlassen, so gilt der Vertrag auf der Grundlage des Versicherungsscheines, der Versicherungsbedingungen und der weiteren für den Vertragsinhalt maßgeblichen Verbraucherinformationen als abgeschlossen, sofern ich nicht innerhalb von 30 Tagen nach Überlassung der Unterlagen in Textform widerspreche. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.**
2. Der Vermittler berät Sie bei Abschluss des Vertrages. Er ist zur Entgegennahme mündlicher Erklärungen und Angaben nicht bevollmächtigt, und zwar weder vor noch bei Vertragsabschluss. Sämtliche Erklärungen und Angaben sind daher in Textform niederzulegen. Dies gilt auch, wenn Erklärungen und Angaben dem Vermittler gegenüber, bereits bevor Sie diese Klausel gelesen haben, gesprächsweise geäußert wurden. Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesen Antrag oder in andere Schriftstücke geschrieben haben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit; sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz!

Evtl. erforderliche Ergänzungen zum Antrag sind auf gesondertem Blatt beizufügen.

3. Jede bis zur Annahme des Antrages noch eintretende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der zu versichernden Person werde ich unverzüglich dem Versicherer schriftlich anzeigen. Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann. Alle Änderungen in der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sind unverzüglich anzuzeigen (Ziffer 14 ABU Plus 2005).
4. Die selbständige Deckungszusage ist den Vermittlern verboten und ohne rechtliche Wirkung für den Versicherer, Nebenabsprachen sind nur dann verbindlich, wenn der Versicherer sie durch Aufnahme in den Versicherungsschein (Nachtrag) genehmigt.

5. Nebenkosten

Die gesetzliche Versicherungsteuer beträgt derzeit 16%. In den Prämien sind die Versicherungsteuer und bei monatlicher Zahlungsweise (ZW) der Ratenzahlungszuschlag in Höhe von 5%, bei vierteljährlicher ZW 5% und bei halbjährlicher ZW 3% enthalten.

Außer den gesetzlichen Abgaben (z. B. Versicherungsteuer) berechnen wir ggf. nur

- Mahngebühren in Höhe von 5,- EUR je Mahnung
- Gebühren für Rücklastschriften entsprechend den im Einzelfall von dem Bankinstitut belasteten Gebühren.

Weitere Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen sowie für die Erhebung von Folgeprämien werden nicht berechnet.

Versicherungsvertreter und Versicherungsvermittler sind nicht berechtigt, vom Versicherungsnehmer oder den zu versichernden Personen noch irgendwelche besonderen Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben.

Erläuterungen und Hinweise

Rechtsgrundlage

Auf das Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Vertragsgrundlage

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag, den Allgemeinen Bedingungen für die Betriebsunterbrechung für freiberuflich und nicht selbständig Tätige (ABU Plus 2005) und den gesetzlichen Bestimmungen.

1. Versicherungsschutz

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald die erste oder einmalige Prämie gezahlt ist, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Wird die erste oder einmalige Prämie erst danach angefordert, dann aber innerhalb von 14 Tagen gezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

2. Vertragsdauer, Kündigung

Die Versicherung/en verlängert/verlängern sich stillschweigend um jeweils ein weiteres Jahr, wenn nicht spätestens drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf des Vertrages der anderen Vertragspartei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

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 Sautter (stv.)

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

HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG

Siegfried-Wedells-Platz 1, 20352 Hamburg
Tel.: (0 40) 41 19-19 50, Fax: -32 57
www.hansemerkur.de

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

Aufsichtsrat: Dr. Gottfried Arnold (Vors.)
Handelsregister: Hamburg B 16768