

**Versicherungsantrag auf Abschluss einer
Zusatz-Pflegekrankenversicherung**

Versicherungsantrag auf Abschluss einer Zusatz-Pflegekrankenversicherung

Ist kein Versicherungsbeginn eingetragen, wird der auf den Antragseingang folgende Monatserste beantragt.

Beantragter Versicherungsbeginn

0 1 2 0

Aus Gründen des angenehmeren Leseflusses wird auf die Nennung der jeweils weiblichen und männlichen Form verzichtet. Damit ist keinesfalls eine Diskriminierung beabsichtigt: Die Verwendung des Maskulinums bei Bezeichnungen wie z. B. Antragsteller schließt immer auch die Antragstellerin mit ein.

Wird von der HanseMerkur ausgefüllt:
 VE Personen-Nr. (Vers.-Nr.) Abschlussverm. AD-Nr. Bestandsbetr. AD-Nr. GKD-Nr. MK 089 09.13 SW 002801-050-000230
 AD-Versand ja

Identifikations-Nr./Kooperations-/Gruppenversicherungspartner
 Mitarbeiter bei Kooperations-/Gruppenversicherungspartner ja, bei nein

Alle im Antrag abgefragten Angaben sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann die HanseMerkur Krankenversicherung AG zu einem Rücktritt oder zu einer Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsänderung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf den Seiten 9 und 10 der Ihnen ausgehändigten Verbraucherinformation.

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

Antragsteller
 Name/Titel/Firmenname, Gesellschaftsform: Vorname:
 Versicherungsnehmer und zu versichernde Person 1 (mindestens 18 Jahre)
 Straße, Postfach/Zustellergängung: Haus-Nr.: Geburtsdatum:
 Postleitzahl/Wohnort:
 Telefon* (privat): Telefon* (geschäftlich):
 Herr Frau Firma
 Fax*: Familienstand*: ledig geschieden eingetragene Partnerschaft
 verheiratet verwitwet eheähnliche Gemeinschaft
 E-Mail*:
 Status: seit Staatsangehörigkeit: In Deutschland seit:
 Ziffer (siehe Rückseite B. 2.): (bei Status 3)
 Bei Nicht-EU-Staatsangehörigkeit im Besitz eines gültigen Aufenthaltstitels: ja, Niederlassungserlaubnis anderer nein

Bankverbindung
 Mandat für SEPA-Basislastschriften für wiederkehrende Zahlungen abweichender Beitragszahler (Beitragszahler nicht Antragsteller). Wenn der Antragsteller nicht der Beitragszahler ist, muss das Formular RW 010 (Mandatserteilung für abweichende Beitragszahler) ausgefüllt werden.
 IBAN: DE BLZ: Konto-Nr.: SEPA-Mandatserteilung (Inhalt siehe Schlusserklärungen)
 BIC: Datum und Unterschrift des Antragstellers:

Zahlungsweise
 monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich Firmenabrechnung
 Beitragsbescheinigung für den Arbeitgeber: ja nein
 Hinweis: Wird die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung nach Tarif PB beantragt, ist keine mehrmonatliche Zahlweise möglich.

Weitere zu versichernde Person
 Herr Frau
 Person 2 Vorname: Name: Geburtsdatum:
 Status: Staatsangehörigkeit: In Deutschland seit:
 Ziffer (siehe Rückseite B. 2.): (bei Status 3)
 Bei Nicht-EU-Staatsangehörigkeit im Besitz eines gültigen Aufenthaltstitels: ja, Niederlassungserlaubnis anderer nein
 Anschrift (falls abweichend von der Anschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers)
 Straße, Postfach/Zustellergängung: Haus-Nr.:
 Postleitzahl/Wohnort:

Gewünschte(r) Tarif(e)

| | | | | | | | |
|---|----------------------|-----|--|---|----------------------|-----|--|
| <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PZA | <input type="text"/> | EUR | Höhe Monatssatz | <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PZA | <input type="text"/> | EUR | Höhe Monatssatz |
| | <input type="text"/> | EUR | Tarifbeitrag | | <input type="text"/> | EUR | Tarifbeitrag |
| | 5,00 | EUR | abzüglich staatlicher Zulage | | 5,00 | EUR | abzüglich staatlicher Zulage |
| | <input type="text"/> | EUR | zu zahlender Monatsbeitrag | | <input type="text"/> | EUR | zu zahlender Monatsbeitrag |
| | <input type="text"/> | EUR | zu zahlender Tarifbeitrag | | <input type="text"/> | EUR | zu zahlender Tarifbeitrag |
| | <input type="text"/> | EUR | zu zahlender monatlicher Gesamtbeitrag | | <input type="text"/> | EUR | zu zahlender monatlicher Gesamtbeitrag |

Zusätzliche Angaben zum Tarif PB

| | |
|--|----------------------|
| Person 1 | Person 2 |
| Geburtsort: <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Sozialversicherungs-Nr. (sofern vorhanden): <input type="text"/> | <input type="text"/> |



* Diese Angaben sind freiwillig.

Angaben zum Gesundheitszustand
(Nur erforderlich, sofern der Tarif PA und/oder PZA beantragt wird.)

Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. 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- und/oder Nebenhöhlenbeschwerden auftraten. Bei ausgeheilten Krankheiten und Beschwerden geben Sie bitte an, seit wann Beschwerde- und Behandlungsfreiheit besteht. Im Übrigen verweisen wir an dieser Stelle nochmals auf unseren Hinweis zu den Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung zu Beginn dieses Antrags. Wird eine der gestellten Fragen 1. bis 7. mit „ja“ beantwortet, sind ergänzende Angaben erforderlich. Ihre ausführlichen Angaben tragen Sie bitte in der Tabelle im Anschluss an die Gesundheitsfragen ein.

| | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Person 1 | Größe <input type="text"/> cm | Person 2 | Größe <input type="text"/> cm |
| Gewicht <input type="text"/> kg | | Gewicht <input type="text"/> kg | |

| | | | |
|----|---|---|---|
| 1. | Bestehen und/oder bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten, Anomalien (auch Implantate [z. B. Brustimplantate]) und/oder Unfallfolgen (ggf. Kostenträger nennen), die nicht ärztlich und/oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) behandelt wurden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2. | Wurden in den letzten 3 Jahren Behandlungen/Untersuchungen von Ärzten und/oder Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) durchgeführt und/oder sonstige Gesundheitsstörungen/Anomalien festgestellt? (Auch solche, die der Feststellung einer frischen oder abgelaufenen Virusinfektion [z. B. Hepatitis, HIV] dienen und/oder die zu einem anderen krankhaften Befund [z. B. Rheuma, Allergien, Asthma] führten)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3. | Sind Behandlungen/Untersuchungen durch Ärzte und/oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) für die Zukunft angeraten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4. | Erfolgt derzeit oder erfolgte in der Vergangenheit ein regelmäßiger Konsum von Drogen, Medikamenten und/oder Alkohol? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 5. | Wurden in den letzten 5 Jahren Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und/oder von Psychotherapeuten/Psychologen durchgeführt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6. | Sind Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und/oder von Psychotherapeuten/Psychologen für die Zukunft angeraten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7. | 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 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 von der/den zu versichernden Person(en) bzw. ihrem gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben. Anlage(n) beifügt: 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 | | | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | |

Verpflichtungserklärung
zu den Tarifen PA (Pkt. 1. u. 2.) und/oder PB (Pkt. 1. bis 5.)

Mit diesem Antrag wird die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (GEPV) nach Tarif PB und/oder die Pflegegeldversicherung nach Tarif PA beantragt. Bei den genannten Tarifen handelt es sich um rechtlich selbstständige Verträge. Die zu versichernden Personen erklären, dass sie 1. in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung bzw. private Pflegepflichtversicherung) versichert sind, 2. derzeit keine Leistungen nach § 123 SGB XI oder als Pflegebedürftiger Leistungen nach dem vierten Kapitel des SGB XI oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder in der Vergangenheit bezogen haben, 3. bei keinem anderen Versicherer eine GEPV beantragt oder abgeschlossen bzw. 4. einen bereits anderweitig bestehenden GEPV-Vertrag vor dem jetzt beantragten Versicherungsbeginn beendet haben, 5. das 18. Lebensjahr vollendet haben. Sie verpflichten sich, jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungs- oder Förderfähigkeit nach § 126 SGB XI führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung, der HanseMerkur Krankenversicherung AG unverzüglich in Textform anzuzeigen. Der Wortlaut des § 126 SGB XI kann den Schlusserklärungen entnommen werden.

Vollmacht zur Beantragung der staatlichen Zulage Tarif PB

Die zu versichernden Personen bevollmächtigen die HanseMerkur Krankenversicherung AG, die Zulage für die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung (GEPV) nach Tarif PB zu beantragen, entgegenzunehmen und dem Beitragskonto gutzuschreiben. Sie willigen ein, dass die hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten der zentralen Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund übermittelt werden. Sofern eine Sozialversicherungsnummer auf diesem Antrag nicht angegeben wird oder noch nicht besteht, umfasst die vorstehende Vollmacht zudem die Einwilligung in die Abfrage oder Vergabe dieser Nummer bei der o. g. zentralen Stelle.

Empfangsbestätigung:

Ich bestätige, dass mir am die nachstehende(n) Verbraucherinformation(en) einschl. des Merkblattes zur Datenverarbeitung, der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der gesonderten Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und weiterer Informationen gem. § 7 VVG einschl. des Produktinformationsblattes ausgehändigt worden sind. Ich bestätige auch, dass mir eine Durchschrift/Kopie des Beratungsprotokolls ausgehändigt wurde.

1. Unterschrift des Antragstellers

Pflegeergänzung

X

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen auf der Rückseite dieses Antrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrags. Sie bestätigen auch, die nachfolgend genannten Einwilligungen zur Kenntnis genommen zu haben und ihnen zuzustimmen:

- Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG),
- Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Die HanseMerkur Versicherungsgruppe ist berechtigt, meine Daten zu **Werbe- und Beratungszwecken in Versicherungs- und sonstigen Finanzdienstleistungsangelegenheiten** per Briefpost zu nutzen.

Darüber hinaus erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten zu den genannten Werbe- und Beratungszwecken auch per Telefon E-Mail genutzt werden dürfen. Diese Einwilligung(en) kann ich jederzeit in Textform widerrufen.

Ort, Datum

2. Unterschrift des Antragstellers

Unterschriften der zu versichernden Personen (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)

Ich bestätige, dass der vorstehende Versicherungsantrag in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben wurde. Alle mir genannten Erkrankungen, Beschwerden oder Anomalien wurden im Antrag vermerkt. Darüber hinaus sind für mich keine weiteren Erkrankungen, Beschwerden oder Anomalien erkennbar gewesen.

Der Antragsteller hat mir Untersuchungspapiere ausgehändigt: ja nein
Unterschrift und Stempel des Vermittlers/Name in Druckbuchstaben VM-Nr.

Schlusserklärungen

A. Wichtige Erläuterungen für den Antragsteller

1. 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 Versicherungsnehmer unzweckmäßig.
2. Für die Versicherung gelten die Versicherungsbedingungen sowie die jeweiligen Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers.
3. Der Versicherungsvertrag wird für zwei Versicherungsjahre geschlossen. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht vom Versicherungsnehmer und mit Kenntnis der betroffenen versicherten Person(en) zum Ablauf der Vertragszeit fristgemäß gekündigt wird.
4. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung, nicht jedoch vor dem Versicherungsbeginn und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
5. **Erläuterung zu prädiktiven Gentests**
Nach § 18 des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) darf der Versicherer den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen nicht offengelegt werden. Unter einem „prädiktiven“ Gentest wird dabei die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung einer bestimmten Krankheit verstanden.

B. Hinweise für den Antragsteller

1. Eine Kopie dieses Antrags erhalten Sie zusammen mit dem Versicherungsschein.
2. **Status:** (bitte entsprechende Nummer auf Antragsvorderseite eintragen)
 1. Arbeitnehmer (Angestellter und Arbeiter)
 2. Beamter
 3. Selbstständiger und Freiberufler einschl. Subunternehmer
 4. Nicht erwerbstätig (einschl. Hausfrauen)
 5. Rentner und Pensionär
 6. Student, Auszubildender und Beamtenanwärter
 7. Kind oder Schüler
 8. Juristische Person
3. **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

C. Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

1. Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wurde oder eine schriftliche Annahmestätigung vorliegt.
2. 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“.
3. Falls ich gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so kann ich diese der HanseMerkur Krankenversicherung AG unmittelbar schriftlich mitteilen.
4. Gilt nur für die Beantragung des Tarifs PA
Mir ist bekannt, dass ich ohne Zustimmung des Versicherers nicht berechtigt bin, bei einem anderen Versicherungsunternehmen eine weitere Monats-/Tagegeldversicherung zu beantragen oder abzuschließen. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer berechtigt, die Monats-/Tagegeldversicherung 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.
5. Gilt nur für die Beantragung des Tarifs PA
Ich bestätige, dass neben der beantragten Pflegemonatsgeldversicherung keine anderen weitigen gleichartigen Monats-/Tagegeldansprüche bestehen. Sofern dies nicht zutreffend ist, werde ich der HanseMerkur Krankenversicherung AG entsprechende Angaben machen.

D. Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, 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 für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

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 überlassen wird.

E. SEPA-Basislastschrift

SEPA-Mandatserteilung

Kontoinhaber/Zahlungsgläubiger
HanseMerkur Versicherungen
Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)
20354 Hamburg, Siegfried-Wedells-Platz 1
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74ZZZ00000066149
Mandatsreferenz ist die Versicherungsnummer und wird beim Neugeschäft nachträglich bekannt gegeben.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die HanseMerkur Versicherungen GbR zugunsten der im Antrag genannten HanseMerkur Versicherungsgesellschaften Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die von HanseMerkur Versicherungen GbR auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Zahlungstermin

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die Abbuchung des Beitrages frühestens 5 Tage ab Ausstellungsdatum des Versicherungsscheines erfolgen wird.

F. Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die HanseMerkur Krankenversicherung AG – nachfolgend HanseMerkur genannt – daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Personenversicherer benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften oder IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags in der HanseMerkur unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die HanseMerkur selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der HanseMerkur (unter 3.) und
- wenn ein Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HanseMerkur

Ich willige ein, dass die HanseMerkur die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die HanseMerkur die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstiger Angehöriger eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die HanseMerkur benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich die HanseMerkur in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die HanseMerkur einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die HanseMerkur einwillige oder
- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die HanseMerkur konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die HanseMerkur konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. zu einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HanseMerkur

Die HanseMerkur verpflichtet die jeweiligen Dienstleister vertraglich zur Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die HanseMerkur benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die HanseMerkur zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die HanseMerkur tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die HanseMerkur Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die HanseMerkur Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die HanseMerkur aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

- Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die HanseMerkur das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.
- Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.
- Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.
- Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die HanseMerkur unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die HanseMerkur tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die HanseMerkur führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

Die HanseMerkur führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die HanseMerkur erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die derzeitige Liste kann im Internet unter www.hansemerkur.de/service/datenschutz eingesehen oder schriftlich angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die HanseMerkur Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur meine Gesundheitsdaten an die in der erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die HanseMerkur dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der HanseMerkur Unternehmensgruppe und sonstige Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die HanseMerkur gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

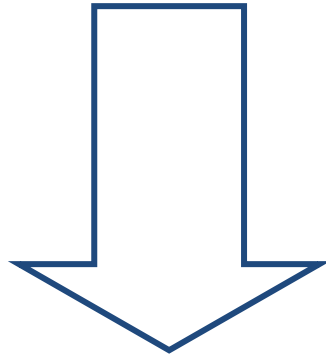
Ich willige ein, dass die HanseMerkur meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die HanseMerkur Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die HanseMerkur speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der HanseMerkur bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Muster – Antrag



Versicherungsantrag auf Abschluss einer Zusatz-Pflegekrankenversicherung

Ist kein Versicherungsbeginn eingetragen, wird der auf den Antragseingang folgende Monatssterbe beantragt.

Beantragter Versicherungsbeginn

0 1 06 2 0 13

Aus Gründen des angenehmeren Leseflusses wird auf die Nennung der jeweils weiblichen und männlichen Form verzichtet. Damit ist keinesfalls eine Diskriminierung beabsichtigt: Die Verwendung des Maskulinums bei Bezeichnungen wie z. B. Antragsteller schließt immer auch die Antragstellerin mit ein.

Wird von der HanseMerkur ausgefüllt:
 VE Personen-Nr. (Vers.-Nr.) Abschlussverm. AD-Nr. Bestandsbetr. AD-Nr. GKD-Nr. MK 089 09.13 SW 002801-050-000230
 AD-Versand ja

Identifikations-Nr./Kooperations-/Gruppenversicherungspartner
 Mitarbeiter bei Kooperations-/Gruppenversicherungspartner ja, bei nein

Alle im Antrag abgefragten Angaben sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann die HanseMerkur Krankenversicherung AG zu einem Rücktritt oder zu einer Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsänderung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf den Seiten 9 und 10 der Ihnen ausgehändigten Verbraucherinformation.

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

Antragsteller
 Name/Titel/Firmenname, Gesellschaftsform: **Muster** Vorname: **Max**
 Straße, Postfach/Zustellergänzung: **Musterstr.** Haus-Nr.: **123** Geburtsdatum: **01.02.1950**
 Postleitzahl/Wohnort: **12345 Musterhausen**
 Telefon* (privat) _____ Telefon* (geschäftlich) _____
 Herr Frau Familienstand: ledig geschieden eingetragene Partnerschaft
 Fax* _____ verheiratet verwitwet eheähnliche Gemeinschaft
 E-Mail* _____
 Status: **1** seit _____ Staatsangehörigkeit: **Deutsch** In Deutschland seit _____
 Ziffer (siehe Rückseite B. 2.) **1** (bei Status 3) _____
 Bei Nicht-EU-Staatsangehörigkeit im Besitz eines gültigen Aufenthaltstitels: ja, Niederlassungserlaubnis anderer nein

Bankverbindung
 Mandat für SEPA-Basislastschriften für wiederkehrende Zahlungen abweichender Beitragszahler (Beitragszahler nicht Antragsteller). Wenn der Antragsteller nicht der Beitragszahler ist, muss das Formular RW 010 (Mandatserteilung für abweichende Beitragszahler) ausgefüllt werden.
 IBAN: **DE 46** BLZ: **82080000** Konto-Nr.: **0944861868** SEPA-Mandatserteilung (Inhalt siehe Schlusserklärungen)
 BIC: **DRESDEFF827** Datum und Unterschrift des Antragstellers: **02.04.13 Max Muster**

Zahlungsweise
 monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich Firmenabrechnung
 Beitragsbescheinigung für den Arbeitgeber: ja nein
 Hinweis: Wird die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung nach Tarif PB beantragt, ist keine mehrmonatliche Zahlweise möglich.

Weitere zu versichernde Person
 Person 2 Vorname _____ Name _____ Geburtsdatum _____
 Status _____ Staatsangehörigkeit _____ In Deutschland seit _____
 Ziffer (siehe Rückseite B. 2.) _____ (bei Status 3) _____
 Bei Nicht-EU-Staatsangehörigkeit im Besitz eines gültigen Aufenthaltstitels: ja, Niederlassungserlaubnis anderer nein
 Anschrift (falls abweichend von der Anschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers)
 Straße, Postfach/Zustellergänzung _____ Haus-Nr. _____
 Postleitzahl/Wohnort _____

| | | | | |
|-------------------------------|---|--|--|--|
| Gewünschte(r) Tarif(e) | Person 1 | | Person 2 | |
| | <input type="checkbox"/> PB | _____ EUR Höhe Monatssatz | <input type="checkbox"/> PB | _____ EUR Höhe Monatssatz |
| | | _____ EUR Tarifbeitrag | | _____ EUR Tarifbeitrag |
| | | 5,00 EUR abzüglich staatlicher Zulage | | 5,00 EUR abzüglich staatlicher Zulage |
| | | _____ EUR zu zahlender Monatsbeitrag | | _____ EUR zu zahlender Monatsbeitrag |
| | <input checked="" type="checkbox"/> PA | 1500 EUR Höhe Monatssatz | <input type="checkbox"/> PA | _____ EUR Höhe Monatssatz |
| | 69,35 EUR zu zahlender Tarifbeitrag | | _____ EUR zu zahlender Tarifbeitrag | |
| | _____ EUR zu zahlender Tarifbeitrag | | _____ EUR zu zahlender Tarifbeitrag | |
| | 69,35 EUR zu zahlender monatlicher Gesamtbeitrag | | _____ EUR zu zahlender monatlicher Gesamtbeitrag | |

Zusätzliche Angaben zum Tarif PB

| | |
|--|-----------------|
| Person 1 | Person 2 |
| Geburtsort: Musterhausen | _____ |
| Sozialversicherungs-Nr. (sofern vorhanden): 1234567 M 019 | _____ |



* Diese Angaben sind freiwillig.

Angaben zum Gesundheitszustand
(Nur erforderlich, sofern der Tarif PA und/oder PZA beantragt wird.)

Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. 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- und/oder Nebenhöhlenbeschwerden auftraten. Bei ausgeheilten Krankheiten und Beschwerden geben Sie bitte an, seit wann Beschwerde- und Behandlungsfreiheit besteht. Im Übrigen verweisen wir an dieser Stelle nochmals auf unseren Hinweis zu den Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung zu Beginn dieses Antrags. Wird eine der gestellten Fragen 1. bis 7. mit „ja“ beantwortet, sind ergänzende Angaben erforderlich. Ihre ausführlichen Angaben tragen Sie bitte in der Tabelle im Anschluss an die Gesundheitsfragen ein.

| | | | |
|-----------------|--|-----------------|---------------------------------|
| Person 1 | Größe <input type="text" value="180"/> cm | Person 2 | Größe <input type="text"/> cm |
| | Gewicht <input type="text" value="85"/> kg | | Gewicht <input type="text"/> kg |

| | | | | | |
|-----------|---|-----------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. | Bestehen und/oder bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten, Anomalien (auch Implantate [z. B. Brustimplantate]) und/oder Unfallfolgen (ggf. Kostenträger nennen), die nicht ärztlich und/oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) behandelt wurden? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. | Wurden in den letzten 3 Jahren Behandlungen/Untersuchungen von Ärzten und/oder Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) durchgeführt und/oder sonstige Gesundheitsstörungen/Anomalien festgestellt? (Auch solche, die der Feststellung einer frischen oder abgelaufenen Virusinfektion [z. B. Hepatitis, HIV] dienen und/oder die zu einem anderen krankhaften Befund [z. B. Rheuma, Allergien, Asthma] führten)? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. | Sind Behandlungen/Untersuchungen durch Ärzte und/oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) für die Zukunft angeraten? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. | Erfolgt derzeit oder erfolgte in der Vergangenheit ein regelmäßiger Konsum von Drogen, Medikamenten und/oder Alkohol? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. | Wurden in den letzten 5 Jahren Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und/oder von Psychotherapeuten/Psychologen durchgeführt? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. | Sind Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und/oder von Psychotherapeuten/Psychologen für die Zukunft angeraten? | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. | 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 checked="" 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 | Dr. Muster, Musterstr. 1, 12345 Musterhausen | 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 von der/den zu versichernden Person(en) bzw. ihrem gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben. Anlage(n) beifügt: 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 | | | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | |

Verpflichtungserklärung
zu den Tarifen PA (Pkt. 1. u. 2.) und/oder PB (Pkt. 1. bis 5.)

Mit diesem Antrag wird die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (GEPV) nach Tarif PB und/oder die Pflegemonatsgeldversicherung nach Tarif PA beantragt. Bei den genannten Tarifen handelt es sich um rechtlich selbstständige Verträge. Die zu versichernden Personen erklären, dass sie 1. in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung bzw. private Pflegepflichtversicherung) versichert sind, 2. derzeit keine Leistungen nach § 123 SGB XI oder als Pflegebedürftiger Leistungen nach dem vierten Kapitel des SGB XI oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder in der Vergangenheit bezogen haben, 3. bei keinem anderen Versicherer eine GEPV beantragt oder abgeschlossen bzw. 4. einen bereits anderweitig bestehenden GEPV-Vertrag vor dem jetzt beantragten Versicherungsbeginn beendet haben, 5. das 18. Lebensjahr vollendet haben. Sie verpflichten sich, jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungs- oder Förderfähigkeit nach § 126 SGB XI führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung, der HanseMerkur Krankenversicherung AG unverzüglich in Textform anzuzeigen. Der Wortlaut des § 126 SGB XI kann den Schlusserklärungen entnommen werden.

Vollmacht zur Beantragung der staatlichen Zulage Tarif PB

Die zu versichernden Personen bevollmächtigen die HanseMerkur Krankenversicherung AG, die Zulage für die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung (GEPV) nach Tarif PB zu beantragen, entgegenzunehmen und dem Beitragskonto gutzuschreiben. Sie willigen ein, dass die hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten der zentralen Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund übermittelt werden. Sofern eine Sozialversicherungsnummer auf diesem Antrag nicht angegeben wird oder noch nicht besteht, umfasst die vorstehende Vollmacht zudem die Einwilligung in die Abfrage oder Vergabe dieser Nummer bei der o. g. zentralen Stelle.

Empfangsbestätigung: die nachstehende(n) Verbraucherinformation(en) einschl. des Merkblattes zur Datenverarbeitung, der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der gesonderten Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und weiterer Informationen gem. § 7 VVG einschl. des Produktinformationsblattes ausgehändigt worden sind. Ich bestätige auch, dass mir eine Durchschrift/Kopie des Beratungsprotokolls ausgehändigt wurde.

1. Unterschrift des Antragstellers
 Max Muster

Pflegeergänzung

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen auf der Rückseite dieses Antrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrags. Sie bestätigen auch, die nachfolgend genannten Einwilligungen zur Kenntnis genommen zu haben und ihnen zuzustimmen:

- Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG),
- Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Die HanseMerkur Versicherungsgruppe ist berechtigt, meine Daten zu **Werbe- und Beratungszwecken in Versicherungs- und sonstigen Finanzdienstleistungsangelegenheiten** per Briefpost zu nutzen. Darüber hinaus erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten zu den genannten Werbe- und Beratungszwecken auch per Telefon E-Mail genutzt werden dürfen. Diese Einwilligung(en) kann ich jederzeit in Textform widerrufen.

Ort, Datum **2. Unterschrift des Antragstellers** Max Muster

Unterschriften der zu versichernden Personen (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)

Ich bestätige, dass der vorstehende Versicherungsantrag in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben wurde. Alle mir genannten Erkrankungen, Beschwerden oder Anomalien wurden im Antrag vermerkt. Darüber hinaus sind für mich keine weiteren Erkrankungen, Beschwerden oder Anomalien erkennbar gewesen.

Der Antragsteller hat mir Untersuchungspapiere ausgehändigt: ja nein
Unterschrift und Stempel des Vermittlers/Name in Druckbuchstaben VM-Nr.