

Antrag auf Abschluss einer Kranken- und/oder Pflege(pflicht)versicherung (Hauptantrag)

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

Beantragter Versicherungsbeginn

TTMM 20JJ

Wird von der HanseMerkur ausgefüllt:

VE Personen-Nr. (Vers.-Nr.) Abschlussverm. AD-Nr. Bestandsbetr. AD-Nr. GKD-Nr. MK 003 02.20 TR 002890-070-000295
AD-Versand ja

Identifikations-Nr./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 Ihnen gesondert ausgehändigte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Den Inhalt dieser Mitteilung können Sie zusätzlich den Seiten 9 und 10 der Ihnen ausgehändigten Verbraucherinformation entnehmen.

Antragsteller

Titel/Name/Firmenname **Gesellschaftsform** **Vorname**
Erstwohnsitz lt. Melderegistereintrag**
Straße, Postfach/ Zustellergängung **Haus-Nr.** **Geburtsdatum** TT.MM.JJJJ
Postleitzahl/ Wohnort
Telefon* (privat) **Telefon* (geschäftlich)**
Fax* **Familienstand*** ledig geschieden eingetragene Partnerschaft verheiratet verwitwet eheähnliche Gemeinschaft
E-Mail*

Herr
Frau
Firma

Ausgeübte berufliche Tätigkeit(en) zum Zeitpunkt des beantragten Versicherungsbeginns **Steueridentifikations-Nr.**

Status zur vorgenannten beruflichen Tätigkeit **Staatsangehörigkeit** **In Deutschland seit** TT.MM.JJJJ
 Ziffer (siehe Rückseite B. 1.) seit (bei Status 3) TT.MM.JJJJ

Bei Staatsangehörigen außerhalb Europas: Liegt ein aktueller Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland mit einer Gültigkeit von mindestens 13 Monaten vor? ja nein
 Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, fügen Sie bitte eine vollständige Kopie bei.

Sie können hier zusätzl. eine abweichende Anschrift angeben, sofern Sie keinen Schriftwechsel an Ihre Anschrift des Erstwohnsitzes wünschen:

Straße, Postfach/ Zustellergängung **Haus-Nr.**
Postleitzahl/ Wohnort

Bankverbindung

Mandat für SEPA-Basislastschriften für wiederkehrende Zahlungen Wenn der Antragsteller nicht der Beitragszahler ist, muss das Formular RW 010 (Mandatserteilung für abweichende Beitragszahler) ausgefüllt werden.
 Ihre IBAN finden Sie auf Ihrer Bankkarte (die deutsche IBAN besteht inkl. Länderkennzeichen aus 22 Stellen).
IBAN Land Graue Felder nur für nicht deutsche IBAN erforderlich.
SEPA-Mandatserteilung siehe Schluss-erklärungen Datum **1. Unterschrift** des Antragstellers

Zahlungsweise

monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich Firmenabrechnung | **Beitragsbescheinigung für den Arbeitgeber:** ja nein

Zu versichernde Person 1 (VP 1)

Hinweis: wenn Antragsteller = zu versichernde Person, dann nur die grün markierten Felder ausfüllen

Herr **Vorname** **Name** **Geburtsdatum** TT.MM.JJJJ
Frau
 Ausgeübte berufliche Tätigkeit(en) zum Zeitpunkt des beantragten Versicherungsbeginns **Steueridentifikations-Nr.**
 Status zur vorgenannten beruflichen Tätigkeit **Staatsangehörigkeit** **In Deutschland seit** TT.MM.JJJJ
 Ziffer (siehe Rückseite B. 1.) seit (bei Status 3) TT.MM.JJJJ

Bei Staatsangehörigen außerhalb Europas: Liegt ein aktueller Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland mit einer Gültigkeit von mindestens 13 Monaten vor? ja nein
 Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, fügen Sie bitte eine vollständige Kopie bei.

Bei Auszubildenden: Art der Ausbildung Dauer: von bis

Gewünschte Tarife (Kranken- und Pflege(pflicht)-versicherung)

Bitte bei Tage- bzw. Monatsgeldtarifen bitte die gewünschte Höhe angeben z. B. T 43/100.

Tarif/Tages- bzw. Monatssatz	Monatsbeitrag in EUR	Tarif/Tages- bzw. Monatssatz	Monatsbeitrag in EUR	Ich bin mit folgendem Risikozuschlag (RZ) einverstanden:		
				Tarif	RZ in EUR	Diagnose
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> PGE	5,18	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gesetzlicher Zuschlag (GZ)	<input type="text"/>	Tarif AZP		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Risikozuschlag (RZ) (Details s. rechts)	<input type="text"/>	Ich entscheide mich für die Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen als <input type="checkbox"/> Beitragsstundung <input type="checkbox"/> garantierte Beitragsrückerstattung		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monatlicher Gesamtbeitrag	<input type="text"/>	Dafür endende Tarife: <input type="text"/>		

Für folgende Tarife wird eine Anwartschaftsversicherung AwVG AwVK AwVL gewünchscht: Grund:

Sonstige Besondere Bedingungen (z. B. ZfA, LA):

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!



Wartezeiten Ich beantrage die Anrechnung der Vorversicherung auf die Wartezeiten (Nur möglich, sofern der Versicherungsbeginn bei der HanseMerkur im direkten Anschluss an die Vorversicherung der GKV/PKV bzw. SPV/PPV erfolgt) – gilt nicht für die ergänzende Pflege-Krankenversicherung. Ja, Nachweis anbei. Ja, Nachweis folgt. Nein.

Angaben zu Beihilfeleistungen

Es besteht Anspruch auf	als	nach	Der Beihilfeanspruch besteht in folgender Höhe			Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder
<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Beamter/Angestellter	<input type="checkbox"/> Bund	%-Satz ambulant	%-Satz stat. Regelleistung	%-Satz stat. Wahlleistungen	_____
<input type="checkbox"/> Heilfürsorge	<input type="checkbox"/> Angehöriger	<input type="checkbox"/> Land	_____	_____	_____	_____

Angaben zur letzten Kranken- und ggf. Pflege-Pflichtversicherung (bitte Zutreffendes ankreuzen und nähere Angaben machen)

Wenn zuletzt keine Vorversicherung bei einer deutschen Gesetzlichen oder deutschen Privaten Krankenversicherung bestand, benötigen wir eine Kopie der Ausweispapiere.

	ja	nein	KT-Höhe in EUR	KT ab der ___KW	von TT.MM.JJ	bis TT.MM.JJ	Versicherer (Name/Gesellschaft, Anschrift)	Gekündigt durch VR	VN
1. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gesetzliche Pflegeversicherung (SPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Private Krankheitskostenvollversicherung (PKV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Private Pflegepflichtversicherung (PPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Private Krankheitskostenversicherung bei einem EWR-Dienstleister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Private Reisekrankenversicherung (PRV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zum Einkommen **Einkommen im Kalenderjahr vor Antragstellung** – Summe der Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit (nicht-selbstständige bzw. selbstständige Arbeit, Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft), die nach den Vorschriften des Einkommenssteuergesetzes ermittelt wurde _____ EUR Dauer der Gehaltsfortzahlung _____ Tage

Wurde die o. a. Tätigkeit im Jahr vor der Antragstellung noch nicht bzw. noch keine 12 Monate ausgeübt, geben Sie bitte an, welches Einkommen (s. o.) Sie in den nächsten 12 Monaten ab beantragtem Versicherungsbeginn daraus erwarten: _____ EUR

Tarif KTS **Erklärung:** Mit Ihrer Antragsunterschrift geben Sie eine Erklärung ab, die Sie der Seite 6 von 6 dieses Hauptantrags entnehmen können.

! **Wir verweisen an dieser Stelle nochmals auf die Ihnen gesondert ausgehändigte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Den Inhalt dieser Mitteilung können Sie zusätzlich den Seiten 9 und 10 der Ihnen ausgehändigten Verbraucherinformation entnehmen.**

Angaben zum Gesundheitszustand

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 auftreten. Bei ausgeheilten Krankheiten und Beschwerden geben Sie bitte an, seit wann Beschwerde- und Behandlungsfreiheit besteht. 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 _____ cm	
Gewicht _____ 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
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 bestehenden 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
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
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
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
6. Sind Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und/oder von Psychotherapeuten/Psychologen für die Zukunft angeraten?	<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
8. Fehlen Zähne im natürlichen Gebiss, die noch nicht ersetzt sind? Falls ja, bitte Anzahl angeben. (Vollständiger Lückenschluss, Weisheits- und Milchzähne gelten nicht als fehlende Zähne.)	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> nein
9. Finden derzeit zahnärztliche Maßnahmen statt? (Behandlung und/oder Anfertigung und/oder Erneuerung von Zahnersatz/Implantaten/Kronen/In- bzw. Onlays [Einlagefüllungen bzw. Teilkronen])	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die bereits begonnene Zahnersatzmaßnahme.“ einverstanden.	
10. Sind zahnärztliche Maßnahmen für die Zukunft angeraten? (Behandlung und/oder Anfertigung und/oder Erneuerung von Zahnersatz/Implantaten/Kronen/In- bzw. Onlays [Einlagefüllungen bzw. Teilkronen])	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die angeratene Zahnersatzmaßnahme.“ einverstanden.	
11. Finden derzeit und/oder fanden in den letzten 3 Jahren Parodontosebehandlungen/-untersuchungen statt und/oder sind solche für die Zukunft angeraten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für Parodontosebehandlungen und Folgen.“ einverstanden.	
12. Finden derzeit und/oder fanden in den letzten 3 Jahren kieferorthopädische Behandlungen/Untersuchungen statt und/oder sind solche für die Zukunft angeraten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für kieferorthopädische Behandlungen.“ einverstanden.	

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

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 zu versichernden Person bzw. ihrem gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben. Anlage(n) beigefügt: ja, Anzahl _____ nein

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 TT.MM.JJJJ	von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>				

Ergänzende Angaben zur Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV)

Die Angaben sind nur erforderlich, wenn eine mögliche Beitragslimitierung beantragt wird (vgl. ggf. § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die PPV bzw. § 110 SGB XI, die Sie in den ausgehändigten Verbraucherinformationen finden).

1. Übersteigt das monatliche Gesamteinkommen* der zu versichernden Person 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV bzw. beträgt es im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 Abs. 1 Nr. 1, 8a SGB IV mehr als 450,- EUR? ja nein

Angaben zu Zeiten der Schul-/Berufsausbildung bzw. der Unterbrechung dieser Zeiträume, sofern die zu versichernde Person Kind oder Student ist:

2. Die zu versichernde Person:

a) ist als Student immatrikuliert. (bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen) ja, bis zum _____ nein

b) befindet sich in einer Schul-/Berufsausbildung. ja, bis zum _____ nein

c) leistet(e) ein freiwilliges soziales Jahr/ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes. ja, von bis _____ nein

d) leistet(e) Wehr-/Zivildienst im Rahmen einer gesetzlichen Dienstpflicht. ja, von bis _____ nein

e) leistet(e) freiwilligen Wehrdienst nach Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes. ja, von bis _____ nein

f) leistet(e) einen freiwilligen Dienst nach dem Bundes- oder Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst. ja, von bis _____ nein

g) übt(e) eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 Entwicklungshelfer-Gesetz aus. ja, von bis _____ nein

Bitte zusätzlich bei allein zu versichernden Kindern beantworten:

h) Ist mindestens ein Elternteil beitragspflichtig in der PPV (nicht als Anwartschaft) versichert? ja, bei _____ seit _____ nein

Nachstehende Fragen bitte nur beantworten, sofern der Ehepartner/Lebenspartner gem. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz nicht bei der HanseMerkur versichert ist oder wird:

3. a) Wo bestehen die Kranken- und Pflegepflichtversicherung? GKV PKV SPV PPV

b) Wird eine bereits bestehende PPV als Anwartschaftsversicherung geführt? ja, bei _____ seit _____ nein

c) Übersteigt das monatliche Gesamteinkommen* Ihres Ehepartners/Lebenspartners gem. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV bzw. beträgt es im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 Abs. 1 Nr. 1, 8a SGB IV mehr als 450,- EUR? ja nein

Tarif PG **Verpflichtungserklärung:** Mit Ihrer Antragsunterschrift geben Sie eine Verpflichtungserklärung ab, die Sie der Seite 6 von 6 dieses Hauptantrags entnehmen können.

Tarif BEN Ich wurde auf die Möglichkeit einer zusätzlichen Beitragsentlastung im Alter hingewiesen. ja nein

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, am _____ folgende Unterlagen erhalten zu haben:

- Gesonderte „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)“;
- nebenstehend benannte „Verbraucherinformation(en)“, die darin enthaltenen Vertragsbestimmungen einschl. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 VVG,
- „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“ je beantragtem Tarif,
- „Individuelle Informationen zu Ihrer Krankenversicherung“ je zu versichernde Person,
- Durchschrift/Kopie des „Beratungsprotokolls“.

2. Unterschrift des Antragstellers

X

Verbraucherinformation	Version (z. B. Januar 2019)
<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung	_____
<input type="checkbox"/> Beihilfe	_____
<input type="checkbox"/> clinic	_____
<input type="checkbox"/> Pflegeergänzung	_____
<input type="checkbox"/>	_____

Zusätzliche Erklärung

Haben Sie die Beiträge bei Ihren Krankenversicherern gezahlt, so dass aktuell kein Zahlungsrückstand besteht? ja nein

Weitere zu versichernde Personen (gem. Ergänzung(en) zum Hauptantrag)

Folgende Personen sollen mitversichert werden (bitte Vornamen, Namen und Geburtsdatum angeben und je Person die Ergänzung zum Hauptantrag beifügen)

VP 2 _____	VP 4 _____
VP 3 _____	VP 5 _____

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, die auch Datenschutzhinweise enthalten, zum Inhalt dieses Antrags. Sie bestätigen auch, die nachfolgend genannten Einwilligungen zur Kenntnis genommen zu haben und ihnen zuzustimmen:

- Einwilligung zur Einholung einer Bonitätsauskunft (gilt nicht bei Beantragung des Basistarifs),
- Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzbehörden,
- Einwilligung zur Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie als Antragsteller die Richtigkeit und Vollständigkeit sämtlicher Angaben zum Versicherungsnehmer und zu jeder zu versichernden Person, die im Hauptantrag oder einer Ergänzung zum Hauptantrag gemacht wurden.

Ort, Datum

3. Unterschrift des Antragstellers

X

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

VP 1 _____	VP 2 _____	VP 3 _____	VP 4 _____	VP 5 _____
------------	------------	------------	------------	------------

Ja, ich möchte auch weiterhin gut informiert bleiben und keine aktuellen Aktionen der HanseMerkur Versicherungsgruppe verpassen!
Ich bin einverstanden, dass mich die Unternehmen der HanseMerkur Versicherungsgruppe* zu versicherungsbezogenen Produkten, Services oder Marktforschungsbefragungen (z. B. zu den Themen Kranken-, Lebens-, Reise- und Sachversicherung) der HanseMerkur Versicherungsgruppe oder der Advigon Versicherung AG über die nachfolgend von mir ausgewählten Kommunikationswege kontaktieren.

*HanseMerkur Krankenversicherung AG, HanseMerkur Spezialen Krankenversicherung AG, HanseMerkur Lebensversicherung AG, HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG, HanseMerkur Reiseversicherung AG, HanseMerkur International AG

Dazu wird die HanseMerkur Krankenversicherung AG meine bei ihr verfügbaren personenbezogenen Daten (u. a. Name, Anschrift, Vertragsdaten) an die weiteren Gesellschaften der HanseMerkur Versicherungsgruppe übermitteln.

Bitte informieren Sie mich per: E-Mail Telefon

Diese Einwilligung kann ich jederzeit per Post (HanseMerkur Krankenversicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg), E-Mail (info@hansemerkur.de) oder Telefon (040 4119-0) formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bis dahin bleibt diese Einwilligung in Kraft.

Der vorstehende Versicherungsantrag wurde (nicht) in meiner Gegenwart unterschrieben. Mir sind keine anderen Mitteilungen über aktuelle und frühere Erkrankungen/Leiden gemacht worden. Auch habe ich keine Anzeichen für solche Erkrankungen/Leiden bemerkt.

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

Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

A. Wichtige Erläuterungen

- 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.
- Für die Versicherung gelten die Versicherungsbedingungen sowie die jeweiligen Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers.
- Grundsätzlich wird der Versicherungsvertrag für zwei Versicherungsjahre geschlossen. Das erste Versicherungsjahr beginnt für den einzelnen Tarif, die einzelne Tarifklasse oder -stufe jeweils an dem Tag, der auf dem Versicherungsschein unter „Beginn“ angegeben ist. Es endet am 31.12. des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

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.

Abweichend davon gilt für den Basistarif: Es besteht eine Mindestversicherungsdauer von 18 Monaten. Das Versicherungsjahr beginnt an dem Tag, der auf dem Versicherungsschein unter „Beginn“ angegeben ist. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend, wenn es nicht vom Versicherungsnehmer und mit Kenntnis der betroffenen versicherten Person(en) zum Ende des Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 18 Monaten, mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird.

- 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 Erbmateriale eines Gesunden auf die Veranlagung einer bestimmten Krankheit verstanden.

B. Hinweise

- Status:** (bitte entsprechende Nummer auf Antragsvorderseite eintragen)

- Arbeitnehmer (Angestellter und Arbeiter)
- Beamter
- Selbstständiger und Freiberufler einschl. Subunternehmer
- Nicht erwerbstätig (einschl. Hausfrauen)
- Rentner und Pensionär
- Student, Auszubildender und Beamtenanwärter
- Kind oder Schüler
- Juristische Person

2. 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

- Möchten Sie bestimmte abgefragte Angaben gegenüber dem Vermittler nicht beantworten, können Sie diese der HanseMerkur Krankenversicherung AG unmittelbar schriftlich mitteilen.

4. Gesamteinkommen PPV

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuergesetzes (§ 2 Abs. 1 EStG). Darunter fallen insbesondere Dienstbezüge und Gehälter einschließlich Entlassungsentschädigungen (§ 25 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB XI) – auch Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung (Minijob) –, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit bzw. aus Gewerbebetrieb.

Dabei sind folgende Beträge nicht abzuziehen: der Altersentlastungsbetrag, die Sonderausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushaltsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge.

Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitslohn – und bei Kapitaleinkünften der Sparer-Freibetrag. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Einmalige Zahlungen sind auf alle Monate des Jahres zu verteilen, z. B. Zinszahlungen. Bei selbstständiger Tätigkeit ist der Gewinn maßgebend. Nicht zum Einkommen zählen z. B. Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, BAföG, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Kinderbetreuungskosten sind nach Maßgabe des § 10 Abs. 1 Nr. 5 EStG als Sonderausgaben abzugsfähig.

Die Bezugsgröße gemäß § 18 SGB IV (Viertes Buch, Sozialgesetzbuch) beträgt für das Jahr 2020 = 3.185,- EUR monatlich, 1/7 dieser Bezugsgröße entspricht 455,- EUR monatlich.

C. Erklärungen

- Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherungsschein oder eine schriftliche Annahmestellung zugegangen ist.
- 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“.
- Für die beantragte Krankentagegeldversicherung bestätige ich, dass der Tagessatz zusammen mit anderweitigen gleichartigen Ansprüchen 80 % des täglichen Durchschnitts-Bruttoeinkommens nicht übersteigt. Ich verpflichte mich, Verminderungen des Einkommens anzuzeigen. Die tarifliche Karenzzeit wurde so gewählt, dass die Zahlung von Krankentagegeld erst nach Ablauf eines ggf. bestehenden Anspruchs auf Gehaltsfortzahlung einsetzt; frühestens aber nach Ablauf der tariflichen Karenzzeit. Veränderungen der Lohn-/Gehaltsfortzahlungsdauer sind ebenfalls anzuzeigen.
- 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.
- Ich bestätige, dass neben der beantragten Krankenhaus- und/oder Kurtagegeld- bzw. Pflege Monats-/Tagegeldversicherung keine anderweitigen gleichartigen Ansprüche bestehen. Sofern dies nicht zutreffend ist, werde ich der HanseMerkur Krankenversicherung AG entsprechende Angaben machen.
- Ich verpflichte mich, alle Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit und/oder eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Person, die bis zur Annahme dieses Antrags eintritt eintreten, der HanseMerkur Krankenversicherung AG unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

D. Datenschutzhinweise

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die HanseMerkur Krankenversicherung AG (HanseMerkur) und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
Telefon: 040 4119-1100
Fax: 040 4119-3257
E-Mail-Adresse: info@hansemerkur.de

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o. g. Adresse oder per E-Mail unter: datenschutz@hansemerkur.de

Zweck und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.hansemerkur.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrags und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrags ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer HanseMerkur-Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrags) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 EU-DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) EU-DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) EU-DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der HanseMerkur-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) EU-DSGVO.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags- und Vertragsdaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie unserer Internetseite unter www.hansemerkur.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu 30 Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an die Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrags (z. B. Übertragungswert) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles prüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

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 HanseMerkur Krankenversicherung AG 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 Bonitätsauskunft

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Vertragsverhältnisses Informationen über mein Zahlungsverhalten und meine Zahlungsfähigkeit (Bonitätsdaten) bei Auskunfteien wie z. B. Schufa, Infoscore oder Creditreform einholt. Dabei kann die Auskunft dem Versicherer ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren, auch unter Einbeziehung von georeferenzierten Daten, mitteilen (Score-Verfahren). Zur Identifikation werden Name, Anschrift (Erstwohnsitz laut Melderegisterantrag) und Geburtsdatum verwendet. Bei falschen Angaben behält sich der Versicherer die Möglichkeit des Rücktritts vom oder die Anfechtung des Vertrags vor.

G. Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzbehörden

Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, allgemeine Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete und ggf. erstattete Beiträge) von der HanseMerkur Krankenversicherung AG den Finanzbehörden übermittelt werden.

Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

H. Einwilligung zur Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften (insb. EU-DSGVO) enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die 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 Schweigepflichtentbindung, 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 weiterleiten zu dürfen. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrags in der Regel nicht möglich sein wird.

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. 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 Prüfung 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 StGB 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 Antragsbearbeitung 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. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die HanseMerkur führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer 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, benötigt die HanseMerkur Ihre Schweigepflichtentbindung für sich 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 sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. 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.

Schlussfolgerungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Ich willige ein, dass die HanseMerkur meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte 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.

Erklärungen und Hinweise zu einzelnen Tarifen



Tarif PG Verpflichtungserklärung

Ich erkläre, dass die zu versichernden Personen

1. in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung, private Pflegepflichtversicherung) versichert sind,
2. derzeit keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder keine gleichwertigen Vertragsleistungen der privaten Pflegepflichtversicherung beantragt haben, beziehen oder in der Vergangenheit bezogen haben.

Ich verpflichte mich, das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, der HanseMerkur Krankenversicherung AG unverzüglich in Textform anzuzeigen.



Tarif KTS Erklärung

Ich erkläre, dass ich als Arbeitnehmer in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis mit sechswöchiger Lohnfortzahlung beschäftigt bin.

Tarif clinic A Hinweis

Personen, die als Berufssportler (Sportprofis) tätig oder bei einer Fluggesellschaft angestellt sind (Luffahrt- und Bodenpersonal), können nicht nach diesem Tarif versichert werden.

Tarif clinic S Hinweis

Personen, die als Berufssportler (Sportprofis) tätig oder bei einer Fluggesellschaft angestellt sind (Luffahrt- und Bodenpersonal), können nicht nach diesem Tarif versichert werden.

Tarif clinic U Hinweise

Personen, die als Berufssportler (Sportprofis) tätig oder bei einer Fluggesellschaft angestellt sind (Luffahrt- und Bodenpersonal), können nicht nach diesem Tarif versichert werden.
Die Leistungspflicht für Krankenhausbehandlung bei Unfall entfällt bedingungsgemäß für die Unfälle, die auf die Ausübung folgender Risikosportarten zurückzuführen sind: Skispringen, Drachenfliegen, Paragliding, Motorrennsport, Boxen, Kickboxen, Thaiboxen, Vollkontaktkarate, Rugby oder Freeclimbing.

Tarif EG Hinweis

Die Leistungspflicht für Krankenhausbehandlung bei Unfall entfällt bedingungsgemäß für die Unfälle, die auf die Ausübung folgender Risikosportarten zurückzuführen sind: Skispringen, Drachenfliegen, Paragliding, Motorrennsport, Boxen, Kickboxen, Thaiboxen, Vollkontaktkarate, Rugby oder Freeclimbing.

Tarif KTS Hinweis

Es besteht ein Leistungsausschluss für Erkrankungen und Unfallfolgen, wegen derer die versicherte Person in den letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich oder therapeutisch beraten oder behandelt wurde.
Besteht hinsichtlich dieser Erkrankungen oder Unfallfolgen bei Vertragsschluss aktuell kein Versicherungsfall (vgl. § 1 Abs. 2 AVB/TS) und tritt auch kein weiterer Versicherungsfall innerhalb von 24 Monaten seit Beginn des Versicherungsschutzes ein, der mit den vor Vertragsschluss bestehenden Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht, entfällt dieser Leistungsausschluss.

Tarif PSG Hinweis

Personen, die als Berufssportler (Sportprofis) tätig oder bei einer Fluggesellschaft angestellt sind (Luffahrt- und Bodenpersonal), können nicht nach diesem Tarif versichert werden.