

Produktinformationsblatt für Ihre Krankenversicherung

Sehr geehrter Herr Max Muster,
die folgende Darstellung soll Ihnen einen Überblick über die wesentlichen Merkmale der Ihnen vorgeschlagenen Kranken- und Pflegeversicherung verschaffen. Bitte beachten Sie, dass der Inhalt dieses Produktinformationsblattes nicht abschließend ist. Den vollständigen Vertragsinhalt entnehmen Sie bitte den Tarif- und Versicherungsbedingungen und evtl. weiteren getroffenen Vereinbarungen.

Versicherungsart

Krankheitskostenversicherung

In der Krankheitskostenversicherung werden die Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung, für Hilfsmittel sowie Arznei- und Verbandmittel, aber auch für Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie Kieferorthopädie erstattet. Der Umfang der Kostenerstattung und die Leistungsarten sind vom gewählten Tarif abhängig.

Krankentagegeldversicherung

In der Krankentagegeldversicherung bietet die HanseMerkur einen Versicherungsschutz gegen Verdienstausschlag. Das vereinbarte Krankentagegeld wird bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit als Folge von Krankheiten oder Unfällen gezahlt.

Pflegepflichtversicherung

In der Pflegepflichtversicherung werden bei Pflegebedürftigkeit Leistungen für den Ersatz von Aufwendungen für Pflege erbracht oder ein Pflegegeld gezahlt.

Versicherte Leistungen

Krankheitskostenversicherung nach Tarif KVS1

Ambulante Heilbehandlung

- Ambulante Heilbehandlung durch Ärzte zu 100 %. Wird die Erstbehandlung nicht durch einen Primärarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, Facharzt für Frauenheilkunde, für Augenheilkunde oder für Kinderheilkunde) durchgeführt, reduziert sich die Erstattung auf 80 %. Ambulante Operationen zählen als Primärarztbehandlung (100 %). Dasselbe gilt für ambulante gesetzliche Vorsorgeuntersuchungen und von der STIKO empfohlene Schutzimpfungen (100 %). Ist in einem akuten Notfall kein Primärarzt zu erreichen, beläuft sich die Erstattung bei Erstversorgung auf 100 %
- Arznei- und Verbandmittel zu 100 %. Wurde die Erstbehandlung nicht durch einen Primärarzt durchgeführt, reduziert sich die Erstattung auf 80 %
- Hebammenhilfe im Rahmen der amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung
- Häusliche Behandlungspflege durch anerkannte Pflegedienste ist erstattungsfähig, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist
- Heilmittel zu 90 %. Als Heilmittel gelten: Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Ergotherapie, Logopädie, Schwangerschaftsgymnastik, Massagen, medizinische Bäder jeder Art sowie alle anderen Heilmittel gemäß Tarifbedingung b zu § 4 (3) MB/KK 2009. Wird eine Operation nicht stationär, sondern ambulant durchgeführt, erhält die versicherte Person die im Zusammenhang mit der ambulanten Operation stehenden Heil- und Hilfsmittel zu 100 % erstattet
- Hilfsmittel. Hilfsmittel sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen ausgleichen oder mildern, sowie lebenserhaltende Hilfsmittel. Als solche gelten z. B.: Hör- und Sprechhilfen; Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen) und Orthesen; die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bandagen und Kompressionsstrümpfe, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädischen Schuhe, Einlagen und Schuhzurichtungen, Blutgerinnungsmessgeräte (wie z. B. "CoaguChek"), Insulin- und Medikamentenpumpen, Absauggeräte; Heimdialysegeräte; Rollatoren und Krankenfahrstühle; Stoma- und Inkontinenzversorgungsartikel. Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Beatmungsgeräte, Herz- und Atemmonitore sowie Pulsoxymeter werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt. Weiterhin werden Pumpen und technisches Zubehör zur Verabreichung einer künstlichen Ernährung (enterale Ernährung) sowie die entsprechenden medizinischen Nährlösungen erstattet. Darüber hinaus sind lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann. Hör- und Sprechhilfen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR je Hilfsmittel erstattungsfähig, Körperersatzstücke, Orthesen und orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate bis zu einem Rechnungsbetrag von 15.000 EUR je Hilfsmittel. Krankenfahrstühle sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 12.000 EUR erstattungsfähig. Kosten für das Ausleihen, die Reparatur und die Wartung von Hilfsmitteln sowie die Unterweisung im Gebrauch sind ebenfalls erstattungsfähig
- Sehhilfen bis 100 EUR innerhalb von jeweils 36 Monaten
- Erstattung ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen im Rahmen der GOÄ bzw. der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). Die Aufwendungen für psychotherapeutische Sitzungen werden zu 70 % erstattet. Die Anzahl der Sitzungen ist auf 50 pro Kalenderjahr begrenzt. Voraussetzung für die Erstattung ist, dass dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein ausreichend begründeter Bericht vorgelegt wird und er die Leistungen schriftlich zugesagt hat

- Naturheilkundliche Heilbehandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker zu 80 %. Erstattungsfähige Aufwendungen sind die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im jeweils geltenden Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen oder im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind, sowie die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel. Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis werden bis zu den Regelhöchstbeträgen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Leistungen des Heilpraktikers, die im GebüH geregelt sind, werden ausschließlich im Rahmen des GebüH erstattet. Die Rechnungsbeträge, bis zu denen eine Erstattung erfolgt, sind im 1. Versicherungsjahr auf 100 EUR und im 2. Versicherungsjahr auf 200 EUR beschränkt. Ab dem 3. Versicherungsjahr gilt der tarifliche Rechnungshöchstbetrag von 1.000 EUR pro Versicherungsjahr
- Hausentbindung: Neben der Kostenerstattung für Arztbehandlung, Hebammenhilfe, Arznei- und Verbandmittel wird ohne Anrechnung auf den Selbstbehalt ein Betrag in Höhe von 500 EUR gezahlt. Ein ggf. bestehender Anspruch auf Beitragsrückerstattung bleibt bei Inanspruchnahme dieses Betrages erhalten
- Zusätzliche Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche. Erweiterte Krebsvorsorge und Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten für Erwachsene. Für Vorsorgeuntersuchungen gelten die Regelhöchstsätze der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ)
- Ambulante Entwöhnungsbehandlungen nach vorheriger schriftlicher Zusage der HanseMerkur zu 70 %. Erstattungsfähig sind ärztliche, psychotherapeutische und medikamentöse Kosten von höchstens zwei maximal sechs Monate dauernden ambulanten Entwöhnungsbehandlungen
- Transportkosten bei ambulanter Behandlung, wenn es sich um einen Rettungstransport handelt oder wenn der Transport wegen Gehunfähigkeit der versicherten Person oder wegen der Folgen ambulant durchgeführter diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen medizinisch notwendig ist

Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

- Ambulante Zahnbehandlung zu 100 %. Z. B.: allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische Leistungen, chirurgische und konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Kronen und Inlays). Materialien auch bei medizinisch notwendigen stationären Zahnbehandlungen
- Für Zahnbehandlung gelten die Regelhöchstsätze der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ)
- Zahnersatz und Kieferorthopädie (ambulant) zu 80 %. Als Zahnersatz gelten z. B.: prothetische Leistungen einschließlich Kronen und Inlays (Einlagefüllungen) sowie implantologische Leistungen. Materialien und Laborarbeiten zu 80 %, auch bei medizinisch notwendigen stationären Aufenthalten
- Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie infolge eines Unfalls, der nach der Policierung eingetreten ist, entfallen die nachfolgend aufgeführten Höchstsätze für den jeweiligen Versicherungsfall
- Erstattungshöchstbeträge für Zahnersatz und Kieferorthopädie: Höchstsatz insgesamt 600 EUR bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres, insgesamt 1.200 EUR bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres, insgesamt 2.400 EUR bis zum Ende des 6. Versicherungsjahres und 4.000 EUR ab dem 7. Versicherungsjahr pro Jahr

Stationäre Krankenhausbehandlung

- Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung in der Allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer)
- Kosten des Transports zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück
- Arzthonorare bei belegärztlicher Behandlung im Krankenhaus
- Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen gelten als für die Mutter entstanden und werden mit den Entbindungskosten erstattet

Selbstbehalt je versicherte Person

KVS1 - 500 EUR für Erwachsene (nicht für stationäre Heilbehandlung und Entbindung). Kein Selbstbehalt für Kinder und Jugendliche

Extras

- Optionsrecht auf höherwertigen Versicherungsschutz bei der HanseMerkur im 4., 6. und 8. Versicherungsjahr ohne Wartezeiten. Im 4. Versicherungsjahr ohne erneute Risikoprüfung. Im 6. Versicherungsjahr ist ein Risikozuschlag von bis zu 50 % auf die Mehrleistungen möglich. Im 8. Versicherungsjahr ist ein Risikozuschlag von bis zu 100 % auf die Mehrleistungen möglich. Voraussetzung: ab Beginn der Krankheitskostenvollversicherung bei der HanseMerkur muss ununterbrochen Versicherungsschutz nach den Tarifen KVS1, KVS3, KVE1 - KVE3 oder KVG1 - KVG3 bestanden haben
- Gesundheitsrabatt in Höhe von 10 % auf den Beitrag des Tarifs KVS möglich, sofern die vom Versicherer festgelegten Kriterien eines Gesundheits-Checks erfüllt werden (für alle versicherten Personen, die das 20. Lebensjahr vollendet haben, nicht jedoch für Versicherte der Ausbildungsverversionen)

Nicht versicherte Leistungen

- Pflegehilfsmittel; Geräte im Zusammenhang mit Fitness und Wellness; Bestrahlungsgeräte; sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel sowie Betriebs- und Pflegekosten
- Ambulante Kuren mit Ausnahme der versicherten Entwöhnungsbehandlungen
- Inseminationen und künstliche Befruchtungen
- Aufwendungen für gesondert vereinbarte wahlärztliche Behandlung und gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer
- Stationäre Kur-, Heilstätten- bzw. Sanatoriumsbehandlungen

Pflegepflichtversicherung nach Tarif PVN

Bei häuslicher Pflege (Pflegestufe I bis III)

- Pflegesachleistung (Pflegeeinsätze durch ambulante Pflegedienste, häusliche Betreuung)

- Pflegegeld (wenn Pflege durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise selbst sichergestellt wird)
- Eine Kombination der beiden vorgenannten Leistungen ist ebenfalls möglich
- Ersatzpflege bei Verhinderung einer Pflegeperson
- Teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege)
- Kurzzeitpflege bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr (vollstationär)
- Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes bis zu 2.557 EUR je Maßnahme
- Pflegehilfsmittel (z. B.: Gehhilfen, Pflegebett); jeweils 10 % Eigenbeteiligung, maximal aber 25 EUR
- Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmittelteilung, zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen, Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen und weitere Leistungen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Bei stationärer Pflege

- Vollstationäre Pflege (Pflegestufe I bis III)
- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Leistungshöhe

- Pflegesachleistung, Tages- oder Nachtpflege, Ersatzpflege, Kurzzeitpflege, stationäre bzw. teilstationäre Pflege jeweils bis zu 1.550 EUR; Aufwendungen für Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen zu 10 % des vereinbarten Heimentgelts bis zu 256 EUR Pflegegeld bis zu 700 EUR

Krankheitskostenversicherung nach Tarif CLINIC U

Optionstarif

- Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus wegen Unfallfolgen
- Privatärztliche Behandlung im Krankenhaus wegen Unfallfolgen
- Ersatzweise Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Kostenerstattung bis zu 50 EUR
- Bei max. 6-wöchigen Auslandsreisen:
Überführung oder Mehrkosten eines medizinisch notwendigen Rücktransports aus dem Ausland nach Deutschland bzw. Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären
- Option auf Umstellung in Tarif mit vollständigen stationären Wahlleistungen (Ein- oder Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung) innerhalb von 6 Wochen vor und nach Ablauf des Tarifs clinic U. Ein eventuell zu erhebender Risikozuschlag ist auf 100 % des dann zu zahlenden Beitrags begrenzt

Allgemeine Hinweise

- Der Vertrag endet am 31.12. des 10. Versicherungsjahres, ohne dass es einer Kündigung bedarf

Nicht versicherte Leistungen

- Allgemeine Krankenhausleistungen (z. B.: Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte)
- Stationäre Wahlleistungen, die nicht auf einen Unfall zurückzuführen sind
- Stationäre Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen
- Stationäre Wahlleistungen, die auf Unfälle wegen Ausübung folgender Risikosportarten zurückzuführen sind: Skispringen, Drachenfliegen, Paragliding, Motorrennsport, Boxen, Kickboxen, Thaiboxen, Vollkontaktkarate, Rugby oder Freeclimbing
- Aufwendungen für den Rücktransport, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung im Ausland sichergestellt ist
- Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie

Krankentagegeldversicherung nach Tarif T43/50

- Zahlung eines vereinbarten Krankentagegeldes (bis zu 80 % der Summe der Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit) bei vorübergehender vollständiger Arbeitsunfähigkeit - ab 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit
- Individuelle Anpassungsmöglichkeit ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung
- Im Rahmen einer HanseMercur Vollversicherung sind Leistungen in Höhe der Hälfte des vereinbarten Krankentagegeldes auch bei Teilarbeitsunfähigkeit von mehr als 50 % für längstens vier Wochen möglich
- Berufskrankheiten und Berufsunfälle sind in den Versicherungsschutz eingeschlossen

Weitere Einzelheiten zum Versicherungsschutz finden Sie in den Tarifdruckstücken sowie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen in Ihrer Verbraucherinformation.

Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit für den Beginn des Versicherungsschutzes beträgt 3 Monate. Die besonderen Wartezeiten betragen 6 Monate für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie und 8 Monate für Entbindung und Psychotherapie. Bei einem Übertritt aus der GKV wird die dortige Vorversicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet, so dass diese in aller Regel entfallen. Gleiches gilt bei einem unmittelbaren Übertritt von einer anderen PKV, sofern eine ambulante und stationäre Vorversicherung (Vollschutz) bestanden hat.

Die allgemeine Wartezeit entfällt bei Unfällen und bestimmten Infektionskrankheiten. Fortfall der Wartezeiten ist auch bei spezieller ärztlicher Untersuchung, Mitversicherung eines Ehegatten (allgemeine Wartezeit) oder eines Neugeborenen möglich.

Die Wartezeit für die Pflegepflichtversicherung beträgt 2 Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens 2 Jahre bestanden haben muss. Die nachweislich ununterbrochene Versicherungszeit in der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung wird auf die Wartezeit angerechnet.

D
e
r

G
e
s
a
m
t
b
e
i
t
r
a
g

f
ü
r

S
i
e
,

g
e
b
o
r
e
n

a
m

0
3
.
0
8
.
1
9
7
3

(
H
e
r
r

M
a
x

M
u
s
t
e
r

), beträgt vorbehaltlich einer Antragsprüfung zum Versicherungsbeginn 01.04.2014 344,73 EUR. Er setzt sich zusammen aus den Beiträgen der einzelnen Tarife:

KVS1	258,28 EUR
PVN	27,72 EUR
CLINIC U	9,00 EUR
T43/50	23,90 EUR
Gesetzl. Zuschlag	25,83 EUR
Gesamtbeitrag	344,73 EUR

Die erste Beitragsrate zahlen Sie bitte unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins, bei vorzeitigem Zugang des Versicherungsscheins zum Tag des Versicherungsbeginns. Die Fälligkeit der Beiträge und eventuell Nachlässe richtet sich nach der von Ihnen gewünschten Zahlungsweise (monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich). Bitte zahlen Sie die Beiträge jeweils am Ersten Ihrer gewählten Zahlungsperiode, z. B. bei monatlicher Zahlungsweise immer am Ersten eines jeden Monats. Zahlen Sie Ihre Beiträge nicht rechtzeitig, kann es zum Verlust Ihres Versicherungsschutzes führen. Bitte beachten Sie hierzu auch den § 8 (ggf. 9) "Beitragszahlung" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

In den Beitrag sind Zuschläge zur Finanzierung von Abschluss- und Vertriebskosten einmalig in Höhe von 2.476,73 EUR sowie monatlich von 24,56 EUR einkalkuliert. Die zusätzlich im Beitrag enthaltenen Verwaltungskosten betragen monatlich 8,29 EUR. Sonstige Kosten fallen nicht an.

Beispielhafte Beitragsentwicklung

Zu Ihrer Information stellen wir Ihnen die Beitragsentwicklung des von Ihnen gewünschten Versicherungsschutzes für die letzten 10 Jahre in EUR dar (Beispiel: Alter 35 Jahre). Die Beiträge enthalten nicht den 'Gesetzlichen Zuschlag', der zur Entlastung der Beiträge im Alter dient, und keine Risikozuschläge. Bitte beachten Sie, dass im Jahr 2013 eine Umstellung auf geschlechtsunabhängige Beiträge erfolgt ist und daraus ggf. Beitragssprünge resultieren können.

	<u>2005</u>	<u>2006</u>	<u>2007</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>	<u>2014</u>
KVS1 ¹			130,86	130,86	130,86	130,86	130,86	130,86	243,13	243,13
PVN	20,87	20,87	20,87	22,30	22,30	22,07	22,07	21,16	22,04	22,04
T43/50 ²	16,50	16,50	16,50	15,65	15,65	15,65	15,65	17,95	19,75	19,75
Summe			168,23	168,81	168,81	168,58	168,58	169,97	284,92	284,92

¹ Der KVS1 wurde 2013 eingeführt. Die Beitragsentwicklung bis zur Einführung wird Ihnen aus dem Vergleichstarif 'KVE3+' dargestellt. Die Beitragsentwicklung bis zur Einführung des 'KVE3+' können wir Ihnen leider nicht darstellen, da vor Einführung kein vergleichbarer Tarif existierte.

² Der T43/50 wurde 2013 eingeführt. Die Beitragsentwicklung bis zur Einführung wird Ihnen aus dem Vergleichstarif 'T43-/50' dargestellt.

Beachten Sie bitte, dass es sich bei dieser Darstellung um Werte für eine Person Ihres Geschlechts mit Eintrittsalter von 35 Jahren handelt, wenn sie den Versicherungsschutz vor 10 Jahren abgeschlossen hätte. Rückschlüsse auf eine zukünftige Beitragsentwicklung lassen sich daraus nicht ableiten.

Beitragsrückerstattung (BRE) und Programm für Vorsorgeuntersuchungen

Bei der BRE handelt es sich um eine attraktive und einfache Regelung! Bereits nach einem Kalenderjahr Leistungsfreiheit erhalten Sie die BRE in Form eines festen Betrages in Höhe von 200 EUR. Bei zwei leistungsfreien Jahren sind 300 EUR für Sie vorgesehen, bei drei leistungsfreien Jahren 400 EUR, und 500 EUR ab dem 4. leistungsfreien Jahr. Die Auszahlung der BRE ist begrenzt auf den tatsächlich gezahlten halben Jahresbeitrag. Kinder und Jugendliche erhalten 50% der o. g. BRE-Beträge. Alle notwendigen Voraussetzungen für die BRE müssen erfüllt sein. Die Voraussetzungen finden Sie in § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Im Rahmen unseres Programms für Vorsorgeuntersuchungen schicken wir Ihnen nach Versicherungsbeginn Vordrucke für unterschiedliche Vorsorgeuntersuchungen zu. Die Vorsorgeuntersuchungen, die im Rahmen dieses Programms durchgeführt werden, gefährden nicht Ihren Anspruch auf Beitragsrückerstattung. Eine Anrechnung auf den Selbstbehalt erfolgt ebenfalls nicht.

Die Beitragsrückerstattung und das Programm für Vorsorgeuntersuchungen sind freiwillige Leistungen der HanseMerkur und werden aus Überschüssen finanziert. Art und Umfang der Leistungen werden jedes Jahr neu festgelegt.

Ausschlüsse

In der privaten Kranken- und Pflegeversicherung gibt es nur wenige Einschränkungen von der Leistungspflicht oder Leistungsausschlüsse. So werden z. B. in der Krankenversicherung für Versicherungsfälle (Krankheiten oder Unfälle), die vorsätzlich herbeigeführt wurden, keine Leistungen zur Verfügung gestellt. Generell leisten wir für medizinisch notwendige Heilbehandlungen bzw. Pflegebedürftigkeit. Nähere Informationen zu Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie ggf. in § 5 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Im Rahmen der Gesundheitsprüfung ist es möglich, dass aufgrund Ihrer Angaben zum Gesundheitszustand ein individueller Leistungsausschluss vereinbart werden muss.

In den folgenden Informationen nennen wir Ihnen Beispiele für Obliegenheiten, die Sie vor Vertragschluss, während der Vertragslaufzeit und auch im Leistungsfall erfüllen sollten, um Störungen während der Vertragslaufzeit zu vermeiden. Betrachten Sie daher bitte die Obliegenheiten als eine Art "Aufgabe" oder "Verpflichtung" für Sie.

Obliegenheiten bei Vertragsschluss und Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung

Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung müssen Sie uns gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (z. B. Krankheiten, Arbeitsunfähigkeiten usw.), die für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir Sie in Textform fragen, anzeigen. Dies gilt auch für Fragen, die wir nach Abgabe der Erklärung und vor An-

	<p>nahme des Antrags an Sie richten. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese zur wahrheitsgemäßen und vollständigen Beantwortung der Fragen verpflichtet. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht können wir vom Vertrag zurücktreten, kündigen oder den Vertrag rückwirkend oder für die Zukunft anpassen. Weitere Informationen hierzu finden Sie in § 19 des VVG, der im Anhang der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nachzulesen ist.</p>
Obliegenheiten während der Vertragslaufzeit und Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung	<p>Auch während der Laufzeit des Vertrages sind Sie bzw. die versicherten Personen verpflichtet, einige Obliegenheiten zu beachten. Dazu gehört z. B. die Bekanntgabe des Abschlusses einer weiteren Krankenversicherung bei einem anderen Versicherer; in der Verdienstausfallversicherung ist es z. B. die fristgerechte Meldung eines Berufswechsels. Beachten Sie diese Obliegenheiten nicht, können Sie Ihren Versicherungsschutz teilweise oder sogar ganz verlieren. Weitere Informationen hierzu finden Sie in den §§ 9 bis 11 (ggf. 2a oder 11a) der jeweiligen Versicherungsbedingungen.</p>
Obliegenheiten im Leistungsfall und Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung	<p>Bei Eintritt des Versicherungsfalles sind ebenfalls Obliegenheiten von Ihnen bzw. den versicherten Personen zu beachten. So ist uns beispielsweise auf Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht dient. Die versicherten Personen müssen zur Minderung des Schadens und somit schnellen Genesung beitragen. Sie sind auf unseren Wunsch hin auch dazu verpflichtet, sich durch einen von der HanseMerkur beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Verletzen Sie eine der Obliegenheiten bei Eintritt des Versicherungsfalles, so ist die HanseMerkur ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei. Weitere Informationen hierzu finden Sie in den §§ 9 bis 11 (ggf. 11a oder 14 und 15) der jeweiligen Versicherungsbedingungen. Beachten Sie bitte zusätzlich unsere Serviceseite in der Verbraucherinformation "Was ist im Leistungsfall zu tun?"</p>
Vertragslaufzeit	<p>Der Versicherungsvertrag beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung, nicht jedoch vor dem im Versicherungsschein mit "Beginn" bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und nicht vor dem Ablauf von eventuellen Wartezeiten. Ihr gewünschter Versicherungsbeginn ist der 01.04.2014. Die Mindestlaufzeit Ihres Vertrages beträgt zwei Versicherungsjahre. Dabei entspricht das Versicherungsjahr dem Kalenderjahr - das erste Versicherungsjahr beginnt abweichend am Tag des Versicherungsbeginns. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern Sie es nicht wirksam kündigen oder sonstige bedingungsgemäße Beendigungsgründe eintreten.</p>
Vertragsbeendigung	<p>Sie können den Versicherungsvertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf der Mindestvertragslaufzeit (2 Versicherungsjahre) und anschließend mit der gleichen Frist zum Ablauf eines jeden Kalenderjahres schriftlich kündigen. Sind Sie nicht die versicherte Person, wird die Kündigung nur wirksam, sofern uns der Nachweis vorliegt, dass die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Die Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung, die der Erfüllung der Versicherungspflicht dient, wird jedoch erst wirksam, wenn Sie oder die versicherte Person uns nachweisen, dass bei einem anderen Versicherer ein entsprechender Vertrag abgeschlossen wurde, nach dem Versicherungsschutz ohne Unterbrechung besteht. Zusätzliche Informationen über das Sonderkündigungsrecht bei Beitragsanpassungen und sonstige Beendigungsmöglichkeiten finden Sie in den §§ 13 bis 15 (ggf. 17 bis 19) der jeweiligen Versicherungsbedingungen.</p>