

型 3	15 5	P		-
	tseP4	Britist.	a d	

Wird von der VE	Personen-Nr. (Ver	sNr.)	Absch	lussverm. AD-Nr.	the last the hand the last the	sbetr. AD-Nr.	GKD-I	Nr. 0028
	1		1 13	the party of the large section and	741		.1	AD-Versar
Identifikations	s-Nr./Kooperations-/(ruppenversicheri	ungspartner		er bei Kooperations-	/Gruppenversich	erungspartner	
Alle im Antra	ng abgefragten And	aben sind nach	bestem Wissen so	ja, be		eantworten. Ein	Verletzung Ihrer	vorvertraglichen Anzeigepf
HanseMerkur ausgehändigt	Krankenversicheru e Mitteilung nach 6	ng AG zu einem l 19 Abs. 5 Versich	Rücktritt oder zu ei	iner Kündigung ber	echtigen oder zu e	iner Vertragsänd	lerung führen Ritte	e beachten Sie hierzu die Ih ht. Den Inhalt dieser Mitteilu
zusätzlich der Antrag-	Seiten 9 und 10 de	r Ihnen ausgehär	digten Verbrauche	rinformation entnet	hmen.		,	
steller Versicherungs-			nsitz it. Melderegis	tereintrag**		Vorname	Logn	man
nehmer (mindestens	Straße, P Zustellerg	ostfach/ gänzung V	aihinger	Straf	e		Haus-Nr. 5	Geburts- 05.0
18 Jahre)		leitzahl/ Wohnort	1634	Luda	igsburg			
Herr		Telefon* (privat)	and the second of		(Telefon* geschäftlich)		
FIAU L		Fax*				Familien- 🔼 stand* 🗆	edig	chieden
		E-Mail*		er Paragraph				
		1	tudent	eit(en) zum Zeitpunl	kt des beantragten	Versicherungsbe	ginns	Steueridentifikations-Nr.
		Status zi	ır vorgenannten ber	ruflichen Tätigkeit	Staatsangehö	rigkeit		In Deutschland
	(siehe Rückse		(bei Status 3)	T.MM.JiJ.	ire	nisch		23.09
		Liegt ein		ndestens auf 13 Mon				
		-		twortet, fügen Sie bit				
	Straße, P Zustellerg	ostfach/	en nier zusafzi. eine	e abweichende Anso	chriff angeben, sofe	rn Sie keinen Sc	hriffwechsel an Ihre	Anschrift des Erstwohnsitz
	Post	leitzahl/ Wohnort						Haus-N
The state of the s			The second secon				Ban 14-2 4-14-1-1	stance during appropriations
Bank- verbindung	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats- erteilung	de BAN DE	6,6604	15005	01001	mular RW 010 (1	01	r abweichende Beitragszahle der nur für nicht deutsche IBA
	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats-	de BAN DE	6,6 6 0 4	4 5 0 0 5 4 1. Unite	O 1 O O 1 erschrift X	3135 Loglnar	Graue Feld	der nur für nicht deutsche IBA
Zahlungs- weise	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats- erteilung siehe Schluss- erklärungen	IBAN DE Land Datum 06	6 6 6 0 4 07-202 natlich urie	4 5 0 0 5 4 1. Unite des Antra	O 1 O O 1 erschrift X	3	Graue Feld	der nur für nicht deutsche IBA
Zahlungs- weise Zu versichernde Person 1	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats- erteilung siehe Schluss-	IBAN DE Land Datum 06 mo	6 6 6 0 4 07-202 natlich vie	4 1. Unte des Antra	O 1 0 0 1 erschrift gstellers halbjährlich Name	3 1 3 5 <i>LogLnas</i>	Graue Feld Samai Beitrag für den	der nur für nicht deutsche IBA // sbescheinigung Arbeitgeber: ja
Zahlungs- weise Zu versichernde	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats- erteilung siehe Schluss- erklärungen	IBAN DE Land Datum 06 mo	6 6 6 0 4 07-202 natlich vie	4 5 0 0 5 4 1. Unite des Antra	O 1 0 0 1 erschrift gstellers halbjährlich Name	3 1 3 5 <i>LogLnas</i>	Graue Feld Samai Beitrag für den	der nur für nicht deutsche IBA n / sbescheinigung Arbeitgeber: ja
Zahlungs- weise Zu versichernde Person 1 (VP D Himweis: wenn Antrag- steller = zu	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats- erteilung siehe Schluss- erklärungen	IBAN DE Land Datum 06 mo Vorname Ausgeüb	efüllt werden. 6 6 6 0 4 0 7 - 202 natlich vie te berufliche Tätigker	15005 14 1. Unte des Antra: erteljährlich	O 1 0 0 1 erschrift gstellers halbjährlich Name	3 1 3 5	Graue Feld Samai Beitrag für den	der nur für nicht deutsche IBA // sbescheinigung Arbeitgeber: ja
Zahlungs- weise Zu versichernde Person 1 (VP D) Hinweis: wenn Antrag- steller = zu versichernde Person, dann	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats- erteilung siehe Schluss- erklärungen	IBAN DE Land Datum O O mo Vorname Ausgeüb Stafus zu Ziffer ife B. 1.)	efüllt werden. 6 6 6 0 4 0 7 - 202 natlich vie te berufliche Tätigker r vorgenannten beruseit bel Status 3)	1. Unterdes Antragerteljährlich	of 1001 erschrift gstellers halbjährlich Name kt des beanfragten \	3 1 3 5	Graue Feld Samai Beitrag für den	ser nur für nicht deutsche IBA 77 / sbescheinigung Arbeitgeber: ja Geburtsdatum Steueridentifikations-Nr.
Zahlungs- weise Zu versichernde Person 1 (VP D) Hinweis: wenn Antrag- steller = zu versichernde	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats- erteilung siehe Schluss- erklärungen Her Frau	BAN DE Land Datum O O mo Vorname Ausgeüb Stafus zu Ziffer in Bei Staat. Lient ein	efüllt werden. 6 6 6 0 4 0 7 - 202 natlich vie te berufliche Tätigke r vorgenannten beruseit bel Status 3) sangehörigen aus Di	1. Unterdes Antragerteljährlich	of 1001 erschrift gstellers halbjährlich Name st des beantragten \ Staatsangehö	3 1 3 5 LogLnar jährlich rersicherungsbeg	Graue Feld Graue Feld Beitrag: für den	ser nur für nicht deutsche IBA 77 / sbescheinigung Arbeitgeber: ja Geburtsdatum Steueridentifikations-Nr.
Zahlungs- weise Zu versichernde Person 1 (VP 1) Hinweis: wenn Antrag- steller = zu versichernde Person, dann nur die grün markierten	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats- erteilung siehe Schluss- erklärungen Her Frau	IBAN DE Land Datum O 6 Worname Ausgeüb Status zu Ziffer ife B. 1) Bei Staats Liegt ein Wird die i	efüllt werden. 6 6 6 0 4 0 7 - 202 natlich vie te berufliche Tätigke r vorgenannten beruseit bel Status 3) sangehörigen aus Di	1. Unter des Antraiterteijährlich eit(en) zum Zeitpunk uflichen Tätigkeit rittstaaten: destens auf 13 Mona wortet, fügen Sie bit	of 1001 erschrift gstellers halbjährlich Name st des beantragten \ Staatsangehö	3 1 3 5 LogLnar jährlich rersicherungsbeg	Graue Feld Graue Feld Beitrag: für den inns	der nur für nicht deutsche IBA n / sbescheinigung Arbeitgeber: ja Geburtsdatum Steueridentifikations-Nr.
Zahlungs- weise Zu versichernde Person 1 (CYP D) Hinweis: wenn Antrag- steller = zu versichernde Person, dann nur die grün markierzten Felder aus-	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats- erteilung siehe Schluss- erklärungen Her Frau	IBAN DE Land Datum O 6 Worname Ausgeüb Status zu Ziffer ife B. 1) Bei Staats Liegt ein Wird die i	natlich vie te berufliche Tätigke r vorgenannten ben seit bel Status 3) sangehörigen aus Dr aktuell gültiger, min rage mit "ja" beant	1. Unter des Antraiterteijährlich eit(en) zum Zeitpunk uflichen Tätigkeit rittstaaten: destens auf 13 Mona wortet, fügen Sie bit	of 1001 erschrift gstellers halbjährlich Name st des beantragten \ Staatsangehö	3 1 3 5 LogLnar jährlich rersicherungsbeg	Graue Feld Graue Feld Beitrag: für den inns	der nur für nicht deutsche IBA n / sbescheinigung Arbeitgeber: ja Geburtsdatum Steueridentifikations-Nr.
Zahlungs- weise Zu versichernde Person 1 (VP 1) Hinweis: wenn Antrag- steller = zu versichernde Person, dann nur die grün markierten Felder aus- füllen	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats- erteilung siehe Schluss- erklärungen Her Frau (siehe Rückse	BAN DE Land Datum O O Worname Ausgeüb Status zu Ziffer inte B. 1.) Bei Staat Liegt ein Wird die I Bei Auszu Monatsbeitrag	natlich vie te berufliche Tätigker r vorgenannten ben seit bel Status 3) sangehörigen aus Di aktuell gültiger, min räge mit "ja" beant bildenden: Art der /	1. Unte des Antrai des Antrai des l'enteljährlich l'eit(en) zum Zeitpunk uflichen Tätigkeit l'eitstaaten: des tens auf 13 Mona wortet, fügen Sie bit Ausbildung	of 1001 erschrift gstellers halbjährlich Name st des beantragten \ Staatsangehö ste befristeter Auferte eine vollständige	3135 LogLnar jährlich fersicherungsbeg rigkeit thaltstitel vor? Kopie des Aufen	Graue Feld Graue Feld Beitrag: für den inns Graue Feld Indiana Feld Graue Feld Indiana Feld Graue Feld Indiana Feld In	sbescheinigung Arbeitgeber: ja Geburtsdatum Steueridentifikations-Nr. In Deutschland steuer.
Zahlungs- weise Zu versichernde Person 1 (VP D) Hinweis: wenn Antrag- steller = zu versichernde Person, dann nur die grün markierten Felder aus- füllen	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats- erteilung siehe Schluss- erklärungen Her Frau (siehe Rückse	IBAN DE Land Datum O 6 Worname Ausgeüb Status zu Ziffer ite B. 1) Bei Staats Llegt ein Wird die I Bei Auszu	efüllt werden. 6 6 6 0 4 0 7 - 202 natlich vie te berufliche Tätigke r vorgenannten beruseit bei Status 3) sangehörigen aus Draktuell gültiger, min rage mit "ja" beant ibildenden: Art der A	1. Untredes Antredes	erschrift gstellers halbjährlich Name kt des beanfragten \ Staatsangehö ste befristeter Auferte eine vollständige	3 1 3 5 LogLn an jährlich rersicherungsbeg rigkeit thaltstitel vor? Kopie des Aufen	Graue Feld Graue Feld Beitrag: für den inns	sbescheinigung Arbeitgeber: ja Geburtsdatum Steueridentifikations-Nr. In Deutschland steuer.
Zahlungs- weise Zu versichernde Person 1 (VP D) Hinweis: wenn Antrag- steller = zu versichernde Person, dann nur die grün markierten Felder aus- füllen Gewünschte Tarife (Kranken-	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats- erteilung siehe Schluss- erklärungen Her Frau (siehe Rückse	Bei Auszu Monatsbeitrag nausged Bei Auszu Monatsbeitrag ausged Ausgedb Status zu Bei Staats Llegt ein Wird die legt ein Bei Auszu Monatsbeitrag In EUR	natlich vie te berufliche Tätigker r vorgenannten ben seit bel Status 3) sangehörigen aus Di aktuell gültiger, min räge mit "ja" beant bildenden: Art der /	1. Unte des Antrai des Antrai des l'enteljährlich l'eit(en) zum Zeitpunk uflichen Tätigkeit l'eitstaaten: des tens auf 13 Mona wortet, fügen Sie bit Ausbildung	of 1001 erschrift gstellers halbjährlich Name st des beantragten \ Staatsangehö ste befristeter Auferte eine vollständige	3135 LogLnar jährlich fersicherungsbeg rigkeit thaltstitel vor? Kopie des Aufen	Graue Feld Graue Feld Beitrag: für den inns Graue Feld Indiana Feld Graue Feld Indiana Feld Graue Feld Indiana Feld In	sbescheinigung Arbeitgeber: ja Geburtsdatum Steueridentifikations-Nr. In Deutschland steuer.
Zahlungs- weise Zu versichernde Person 1 (VP D) Hinweis: wenn Antrag- steller = zu versichernde Person, dann nur die grün markierten Felder aus- füllen Gewünschte Tarife (Kranken- und/oder PHege(griichti)- versicherung) Bitte bei	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats- erteilung siehe Schluss- erklärungen Her Frau (siehe Rückse	BAN DE Land Datum O 6 Worname Ausgeüb Status zu Ziffer Gite B. 13 Bei Staats Liegt ein Wird die I Bei Auszu Monatsbeitrag in EUR Monatsbeitrag	natlich vie te berufliche Tätigker r vorgenannten ben seit bel Status 3) sangehörigen aus Di aktuell gültiger, min räge mit "ja" beant bildenden: Art der /	1. Unte des Antrai des Antrai des l'enteljährlich l'eit(en) zum Zeitpunk uflichen Tätigkeit l'eitstaaten: des tens auf 13 Mona wortet, fügen Sie bit Ausbildung	of 1001 erschrift gstellers halbjährlich Name st des beantragten \ Staatsangehö ste befristeter Auferte eine vollständige	3135 LogLnar jährlich fersicherungsbeg rigkeit thaltstitel vor? Kopie des Aufen	Graue Feld Graue Feld Beitrag: für den inns Graue Feld Indiana Feld Graue Feld Indiana Feld Graue Feld Indiana Feld In	sbescheinigung Arbeitgeber: ja Geburtsdatum Steueridentifikations-Nr. In Deutschland steuer.
Zahlungs- weise Zu versichernde Person 1 (VP 1) Hinweis: wenn Antrag- steller = zu versichernde Person, dann nur die grün markierten Felder aus- füllen Gewünschte Tarife (Kranken- und/oder Pflege(pflicht)- versicherung) Bitte bei Tage- bzw. Monatsgeld-	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats- erteilung siehe Schluss- erklärungen Her Frau (siehe Rückse	BAN DE Land Datum O 6 Worname Ausgeüb Status zu Ziffer Gite B. 13 Bei Staats Liegt ein Wird die I Bei Auszu Monatsbeitrag in EUR Monatsbeitrag	natlich vie te berufliche Tätigker r vorgenannten ben seit bel Status 3) sangehörigen aus Di aktuell gültiger, min räge mit "ja" beant bildenden: Art der /	1. Unte des Antrai des Antrai des l'enteljährlich l'eit(en) zum Zeitpunk uflichen Tätigkeit l'eitstaaten: des tens auf 13 Mona wortet, fügen Sie bit Ausbildung	erschrift gstellers halbjährlich Name ti des beantragten v Staatsangehö ste befristeter Aufer te eine vollständige Ich bin mit folgen Tarif	jährlich jährlich dersicherungsbeg rigkeit thaltstitel vor? Kopie des Aufen	Graue Feld Graue Feld Graue Feld Beitrag: für den inns.	der nur für nicht deutsche IBA n / sbescheinigung Arbeitgeber: ja Geburtsdatum Steueridentifikations-Nr. In Deutschland s Dauer: von bis
Zahlungs- weise Zu versichernde Person 1 (VP 1) Hinweis: wenn Antrag- steller = zu versichernde Person, dann nur die grün markierlen Felder aus- füllen Gewünschte Tarife (Kranken- und/oder Pflege(pflicht)- versicherung) Bitte bei Tage- bzw. Monatsgeld- tarifen die gewünschte Höhe angeben	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats- erteilung siehe Schluss- erklärungen Her Frau (siehe Rückse	BAN DE Land Datum O 6 Worname Ausgeüb Status zu Ziffer Gite B. 13 Bei Staats Liegt ein Wird die I Bei Auszu Monatsbeitrag in EUR Monatsbeitrag	natlich vie te berufliche Tätigker r vorgenannten ben seit bel Status 3) sangehörigen aus Di aktuell gültiger, min räge mit "ja" beant bildenden: Art der /	1. Unte des Antrai des Antrai des l'enteljährlich l'eit(en) zum Zeitpunk uflichen Tätigkeit l'eitstaaten: des tens auf 13 Mona wortet, fügen Sie bit Ausbildung	erschrift gstellers halbjährlich Name st des beantragten v Staatsangehö ste befristeter Aufer te eine vollständige	jährlich jährlich dersicherungsbeg rigkeit thaltstitel vor? Kopie des Aufen	Graue Feld Graue Feld Graue Feld Beitrag: für den inns.	der nur für nicht deutsche IBA n / sbescheinigung Arbeitgeber: ja Geburtsdatum Steueridentifikations-Nr. In Deutschland s Dauer: von bis
Zahlungs- weise Zu versichernde Person 1 (VP D) Hinweis: wenn Antrag- steller = zu versichernde Person, dann nur die grün markierten Felder aus- füllen Gewünschte Tarife (Kranken- und/oder Pflege(pflicht)- versicherung) Bitte bel Tage- bzw. Monatsgeld- tarifen die gewünschte	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats- erteilung siehe Schluss- erklärungen Her Frau (siehe Rückse	BAN DE Land Datum O 6 Worname Ausgeüb Status zu Ziffer Gite B. 13 Bei Staats Liegt ein Wird die I Bei Auszu Monatsbeitrag in EUR Monatsbeitrag	natlich vie te berufliche Tätigker r vorgenannten ben seit bel Status 3) sangehörigen aus Di aktuell gültiger, min räge mit "ja" beant bildenden: Art der /	1. Unte des Antrai des Antrai des l'enteljährlich l'eit(en) zum Zeitpunk uflichen Tätigkeit l'eitstaaten: des tens auf 13 Mona wortet, fügen Sie bit Ausbildung	perschrift state getellers states angehö ste befristeter Auferte eine vollständige states hin mit folgen Tarif states angehö states befristeter Auferte eine vollständige states her vollständige states states angehö states befristeter Auferte eine vollständige states states states angehör states states states angehör states states states states states states states angehör states state	jährlich dersicherungsbeg rigkeit trhaltstirel vor? Kopie des Aufen dem Risikozusch RZ in EUR	Graue Feld Sama Beitrag für den linns lag (RZ) einverstand Diagnose artschafts- K AWVL Graue Feld Reintage Graue Feld Graue Feld Reintage Graue Feld Gra	der nur für nicht deutsche IBA n / sbescheinigung Arbeitgeber: ja Geburtsdatum Steueridentifikations-Nr. In Deutschland s Dauer: von bis
Zahlungs- weise Zu versichernde Person 1 (VP 1) Hinweis: wenn Antrag- steller = zu versichernde Person, dann nur die grün markierlen Felder aus- füllen Gewünschte Tarife (Kranken- und/oder Pflege(pflicht)- versicherung) Bitte bei Tage- bzw. Monatsgeld- tarifen die gewünschte Höhe angeben	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats- erteilung siehe Schluss- erklärungen Her Frau (siehe Rückse	BAN DE Land Datum O 6 Worname Ausgeüb Status zu Ziffer Gite B. 13 Bei Staats Liegt ein Wird die I Bei Auszu Monatsbeitrag in EUR Monatsbeitrag	natlich vie te berufliche Tätigker r vorgenannten ben seit bel Status 3) sangehörigen aus Di aktuell gültiger, min räge mit "ja" beant bildenden: Art der /	1. Unte des Antrai des Antrai des l'enteljährlich l'eit(en) zum Zeitpunk uflichen Tätigkeit l'eitstaaten: des tens auf 13 Mona wortet, fügen Sie bit Ausbildung	erschrift gstellers halbjährlich Name st des beantragten v Staatsangehö ate befristeter Auferte eine vollständige Ich bin mit folgen Tarif Für folgende Tarit versicherung	jährlich dersicherungsbeg rigkeit trhaltstirel vor? Kopie des Aufen dem Risikozusch RZ in EUR	Graue Feld Sama Beitrag für den linns lag (RZ) einverstand Diagnose artschafts- K AWVL Graue Feld Reintage Graue Feld Graue Feld Reintage Graue Feld Gra	der nur für nicht deutsche IBA n / sbescheinigung Arbeitgeber: ja Geburtsdatum Steueridentifikations-Nr. In Deutschland s Dauer: von bis
Zahlungs- weise Zu versichernde Person 1 (VP 1) Hinweis: wenn Antrag- steller = zu versichernde Person, dann nur die grün markierlen Felder aus- füllen Gewünschte Tarife (Kranken- und/oder Pflege(pflicht)- versicherung) Bitte bei Tage- bzw. Monatsgeld- tarifen die gewünschte Höhe angeben	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats- erteilung siehe Schluss- erklärungen Her Frau (siehe Rückse	BAN DE Land Datum O 6 Worname Ausgeüb Status zu Ziffer Gite B. 13 Bei Staats Liegt ein Wird die I Bei Auszu Monatsbeitrag in EUR Monatsbeitrag	natlich vie te berufliche Tätigker r vorgenannten ben seit bel Status 3) sangehörigen aus Di aktuell gültiger, min räge mit "ja" beant bildenden: Art der /	1. Unte des Antrai des Antrai des l'enteljährlich l'eit(en) zum Zeitpunk uflichen Tätigkeit l'eitstaaten: des tens auf 13 Mona wortet, fügen Sie bit Ausbildung	erschrift gstellers halbjährlich Name st des beantragten v Staatsangehö Staatsangehö Lich bin mit folgen Tarif Für folgende Tari versicherung gewünscht: Sonstige Besonde	jährlich dersicherungsbeg rigkeit trhaltstirel vor? Kopie des Aufen dem Risikozusch RZ in EUR	Graue Feld Sama Beitrag für den linns lag (RZ) einverstand Diagnose artschafts- K AWVL Graue Feld Reintage Graue Feld Graue Feld Reintage Graue Feld Gra	der nur für nicht deutsche IBA n / sbescheinigung Arbeitgeber: ja Geburtsdatum Steueridentifikations-Nr. In Deutschland s Dauer: von bis
Zahlungs- weise Zu versichernde Person 1 (VP 1) Hinweis: wenn Antrag- steller = zu versichernde Person, dann nur die grün markierlen Felder aus- füllen Gewünschte Tarife (Kranken- und/oder Pflege(pflicht)- versicherung) Bitte bei Tage- bzw. Monatsgeld- tarifen die gewünschte Höhe angeben	Mandat für SEPA- Basislastschriften für wiederkehren Zahlungen SEPA-Mandats- erteilung siehe Schluss- erklärungen Her Frau (siehe Rückse	BAN DE Land Datum O 6 Worname Ausgeüb Status zu Ziffer Gite B. 13 Bei Staats Liegt ein Wird die I Bei Auszu Monatsbeitrag in EUR Monatsbeitrag	natlich vie o 7 - 202 natlich vie te berufliche Tätigke r vorgenannten bern seit bel Status I sangehörigen aus D saktuell gültiger, min Frage mit "ja" beant abildenden: Art der /	1. Unte des Antraiterteljährlich eit(en) zum Zeitpunk uflichen Tätigkeit rittstaaten: destens auf 13 Mona wortet, fügen Sie bit Ausbildung Monatsbeitrag in EUR	erschrift gstellers halbjährlich Name st des beantragten v Staatsangehö Staatsangehö ich bin mit folgen Tarif Für folgende Tarif erschrift gewünscht: Sonstige Besonde ich enischeide mit	jährlich dersicherungsbeg rigkeit thaltstitel vor? Kopie des Aufen dem Risikozusch RZ in EUR e wird eine Anwa AwVG ☐ AwV	Graue Feld Graue Feld Graue Feld Beitrag für den Ing Graue Feld Graue Feld Feld Graue Feld Graue Feld Feld Graue Feld Feld Graue Feld Feld Feld Graue Feld Feld Feld Feld Graue Feld F	der nur für nicht deutsche IBA n / sbescheinigung Arbeitgeber: ja Geburtsdatum Steueridentifikations-Nr. In Deutschland s Dauer: von bis

* Diese Angaben sind freiwillig. ** Bitte beachten Sie dazu Punkt F. – Einwilligung zur Bonitätsauskunft – auf Seite 5 von 6 dieses Antrags.

Seite 1 von 6



Wartezeiten	CHETUR	aspeaina n	Anrechnung ei der Hansel – gilt nicht fü	JAKO	ir im dir	erten And	chluce and	lia Va	n (nur möglich, rversicherung d herung.	sofern de ler GKV/I	r Versi- KV bzw.	☐ Ja, Na	achweis anbe	ei. 🔲 Ja,	Nachweis folgt		□Ne	in.
Angaben zu Beihilfe-	Es best	eht Anspr	uch als								Der Beih	ilfeanspr	uch besteht	in folgender H	lõhe ,	Anzahl d	der	
leistungen	☐ Bei	hille Ifürsorge	Beamter	_	stellter	nach Bur Lan				Pauschale Beihilfe	%-Satz ambulan		Satz at. Regelleist	%-Satz ung stat. Wah	ŀ	erücksi ähigen	ichtigu	
Angaben zur letzten Kran-	Wenn z	uletzt kein	e Vorversiche	erung	bei ein	er deutsch	en Gesetzli	chen	oder deutschei	Privater	Krankenve	ersicherur	ng bestand, l	benôtigen wir e	ine Kopie der A	usweis	papier	e.
ken- und ggf. Pflege- Pflichtver- sicherung				ja	nein	KT- Höhe in EUR	KT ab der KW	т	L'NW'L L'WW'L		Pis W. ורור	`	/ersicherer (Name/Gesellsci	haft, Anschrift)		Gekür dur VR	
(bitte	1. Gese Krani		erung (GKV)	X				01	1.02-202	3 31.	07.202	И	AO	12				
Zutreffendes ankreuzen	2. Gese Pflec		rung (SPV)	×					.022023				AC	N				
und nähere Angaben	3. Priva		eitskosten-							•								
machen)	4. Priva	te Pflegep	oflicht-															
	5. Priva	te Krankh	eitskosten-													\neg		_
	_EWR	cherung be -Dienstleis	ter															
		ite Reisekr icherung (F																
Angaben zum Einkommen, sofern Ver- dienstausfall beantragt wird	Forstwi Wurde 12 Mon	it (nicht-se irtschaft), d die o. a. Tä ate ausgeü	elbstständige die nach den \ itigkeit im Jah	bzw.: Vorsch ir vor bitte	selbstst hriften d der An	tåndige Ar des Einkon tragstellur Iches Eink	beit, Gewerl nmenssteue ng noch nich nmmen (s. o	bebet ergese ht bzw	ofte aus beruflic trieb, Land- unc stzes ermittelt v v. noch keine in den nächste	rurde:				_ EUR Geha _ EUR	Dauer der altsfortzahlung		<u>.</u>	
Tarif KTS	Erklär	ung: Mit Ih	rer Antragsu	inters	chrift g	geben Sie	eine Erklän	ung a	b, die Sie der S	eite 6 vor	6 dieses H	lauptantra	ags entnehm	nen können.				
\triangle	Wir ve Verlet entnel	rweisen ar zung der g hmen.	n dieser Stelle gesetzlichen /	e noci Anzei	hmals a gepflic	uf die Ihn ht. Den Inl	en gesonde halt dieser I	ert au Mittei	sgehändigte M ilung können S	itteilung e zusätz	nach § 19 A ich den Sei	Abs. 5 Ver	sicherungs	vertragsgesetz en ausgehändig	(VVG) über di gten Verbrauch	e Folge nerinfor	n eine matio	er in
Angaben zum Gesundheits- zustand	es sind und ai und/od Behan	d auch solc uch solche, der Neben dlungsfreil	he Krankheite , die für unwe höhlenbeschv heit besteht. \	en und esenti werde Wird e	Besch ich geh n auftr ine der	werden (in alten wurd aten, Bei gestellter	inerhalb der den, jedoch ausgeheilter i Fragen 1. b	abge nicht n Krai ois 7. n	kurzfristige Er nkheiten und E	ne) anzu kältunger leschwere	geben, die a wie Huste den geben !	n, Schnup Sie bitte	ofen, soweit an, seit war	ht behandelt wi nicht dabei Ma nn Beschwerde th. Ihre ausführ	andel- - und Größe	13	72	
	1. E	Sestehen u	nd/oder besta	nden	in den	letzten 3 .	Jahren Besch	hwerd	den, Krankheite	n, Anoma	lien (auch In	mplantate	(z. B. Brusti	implantate]) un leilpraktiker) be	d/oder	Contract of	M ne	100000
	2. V	lelt wurder Vurden in d iker) durch	n? den letzten 3 : gefûhrt und/o	Jahre oder s	n Behar	ndlungen/ Gesundh	Untersuchur eitsstörunge	ngen v en/An	von Ärzten und omalien festge	/oder An	gehörigen au uch solche, d	nderer He	eilberufe (z. ststellung ei	B. Zahnarzt, He iner bestehend a, Allergien, As	rilprak- en oder		⊠ ne	-
	3. 5			ersuch	nungen	durch Årz	te und/oder	von /	Angehörigen an	derer He	lberufe (z. 6	B. Zahnar:	zt, Heilprakt	iker) für die Zul	kunft 🗆 ja		⊠ ne	ein
	100			lgte in	der Ve	rgangenh	eit ein regel	mäßig	ger Konsum vor	Drogen,	Medikamen	ten und/o	oder Alkohol	1?	□ja	11.5	Mine	ein
	5. V	Vurden in c	den letzten 5 J	Jahren	Behan	dlungen in	Krankenhäu	usern,	Kureinrichtung	en und/od	ler von Psyc	hotherap	euten/Psych	ologen durchge	führt? □ ja		₩ ne	rin
									der von Psychot					9	□ja		⊠ ne	ein
	9	rund von l	[Arbeits-]Unf	ällen/	Berufsk	rankheiter	n, sonstige S	schāde	en)? Falls ja, bit	te Versor	gungs- und			gen, Schåden a beifügen.	of- □ja		M ne	tin
te.im/	8. F	ehlen Zähl Vollständig	ne im natürlic ger Lückensch	then C	sebiss, o Weishe	die noch n its- und M	icht ersetzt ilchzähne ge	sind? elten i	Falls ja, bitte A nicht als fehlen	nzahl ang de Zähne	jeben. .)				nei	Arrestit.	Territoria	
	9. F	inden der		iche N	1aßnah	men statt?	(Behandlur					erung von	Zahnersatz	/Implantaten/K	ronen/ Dia		M ne	ein
Bitte beachten		Wurde die	e Frage mit "	ja" be	antwor	tet, bin ici	mit der Ve							nene Zahnersa		einvers	tande	2
	10. S	aten/Krone	en/in- bzw. Or	nlays	[Einlage	efüllungen	bzw. Teilkro	onen])					Zahnersatz/Imp	Lipa		N ne	200
Bitte beachten Bitte		inden der	zeit und/oder	fande	n in de	n letzten 3	Jahren Par	odoni	tosebehandlung	gen/-unte	rsuchungen	statt und	d/oder sind :	ene Zahnersatz solche für die Z behandlungen i	ukunft Dja	9-	K) ne	-
Bitte beachten		inden derz Lukunft ang	reit und/oder geraten?	fande	n in de	n letzten 3	Jahren kief	ferorti	hopădische Bel	andlung	n/Untersuc	hungen s	tatt und/ode	er sind solche fi	ir die Dja	-1-	Mm	Nn
	Name	, Anschrift	und Telefonr	numm	er des l	dausarzte	s, Zahnarzte	s bzw	v. behandelnde	Fachārz	re oder Heil	praktiker		and a second second				
	auf ale	nem geson hrem gese		els Ar	dage zu zu unte	m Antreg trechreibe	vorzunehm n.		t sie unter Ang nd vom Antregi	teller un	d yon der zu	u versiche	rnden Pere			ja. A nein	nzahl	L
	Fra	Anymali	en, Untalifolge hungen, Nam	en, Be	handlu	ngen,	1977		Behandlunge bzw. Untersu	1	- 1	olgenios i	susgeheilt:		Arbeitsur		-	
	**	<i>Ville S.</i>	Heal- und Hi	Munit	i el				chungen ware Routineunter suchungen oh krankhaften Befund	n Beha	, es sind we ndlungen gr und zwar:	eplant w	Nein, es sind keine eiteren Be- landlungen geplant	MILMMITT	TTMMJJJ	TTI	MM.JJ	n_
	managed		-	-	-				□je □neir	- Andread or other Designation of the last						+-		
1/2/1	-	-		No. of Street,	-	-	-	-	Dja Dneir	-			<u> </u>			+-		-
	AERINA	-	7 19 11 1	A proper and		-	-	-	□ja □ neir	-		-	0		N. Janetan	+		-
	- Sales Land	- Company			Andrews .			-	Die Dreit	Complete Services			ā					
	- Transition		Andreas and the last of	Orași Salore		Congression of	Topic Control of the last	-	□ja □nes	-				F-1 18 1				
	-		-	- Atom	- Walter			ASAC.	□je □ner		District House					1		

Seite 2 von 6



pflicht- nerung	größe nach § 18 SGB IV, bzw. § 8a SGB IV mehr als die Ge	sesamteinkommen* der zu versichernd beträgt es im Falle einer geringfügigen ringfügigkeitsgrenze?	n Beschäftigung nach (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV,			
lata =		/Berufsausbildung bzw. der Unterbre	echung dieser Zeiträu	ime, sofern die zu ver	sichernde Person I	Kind oder Student is	
ition uss- ingen	Die zu versichernde Person: ist als Student immatrikul	liert. (bitte Immatrikulationsbescheinig	gung beifügen)		⊠ ja, bis zum L		nein
3. 4.	b) befindet sich in einer Sch		,				■ R nein
			no doe hannadfroiwillic	andienstenesetzes	□ ja, bis zum ∟		M nein
		oziales Jahr/ökologisches Jahr im Sinn		gendiensregeserzes	☐ ja, von bis ☐		
		st im Rahmen einer gesetzlichen Diens			☐ ja, von bis ☐		Nein
		ardienst nach § 58b des Soldatengeset		neetz oder einen	☐ ja, von bis ☐		Nein
	vergleichbaren anerkannt	i Dienst nach dem Bundes- oder Jugen en Freiwilligendienst.	natreiwilligenalensteg	eserz oder einen	☐ ja, von bis ☐	770	🖾 nein
	g) übt(e) eine Tätigkeit als E	Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Ab	bs. 1 Entwicklungshelf	er-Gesetz aus.	☐ ja, von bis		X nein
		ersichernden Kindern beantworten:					
	 h) Ist mindestens ein Eltern beitragsfrei als Kind eine beitragspflichtige Versich 	teil beitragspflichtig in der PPV versicl s PPV-Beitragspflichtigen versichert (/ nerung)?	hert oder ist mindeste Anwartschaften gelter	ns ein Elternteil n hierbei nicht als	□ ja, bei └──	seit	nein
	Nachstehende Fragen bitte nu	ır beantworten, sofern der Ehepartner	r/Lebenspartner gem.	§ 1 Lebenspartnersch	aftsgesetz nicht be	el der HanseMerkur v	ersichert ist oder wird
	3. a) Wo bestehen die Kranker	n- und Pflegepflichtversicherung?			□GKV □P	KV SPV [□PPV
	b) Wird eine bereits besteh	ende PPV als Anwartschaftsversicheru	ung geführt?		□ ja, bei ∟	seit	nein
	schaftsgesetz 1/7 der moi	e Gesamteinkommen* Ihres Ehepartner natlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV h § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV, § 8a SGB IV me	IV, bzw. beträgt es im F	alle einer geringfü-	□ja □n	ein	
S. I. J.		Ihrer Antragsunterschrift geben Sie			r Seite 6 von 6 die:	ses Hauptantrags ent	nehmen können.
EN	Ich wurde auf die Möglichkeit	einer zusätzlichen Beitragsentlastung	im Alter hingewiesen	. □ja □nein		and the second second	
4		Informationsfilms Krebs-Scan nachvollz Beiblatt "Hinweise zu Krebs-Scan" erha		zu haben.			
ngs- gung		06.2029 folgende Unterlage		Verbraucherinfo	ormation	Version (z. B. Ja	(01. 2024)
	 nebenstehend benannte "Ver 	rbraucherinformation(en), die darin en ler Allgemeinen Versicherungsbedingu	nthaltenen Vertragsbe-			1	(0120-1
/		der VVG-Informationspflichtenverord		□ Beihilfeversi			
	 "Individuelle Informationen z 	herungsprodukten" je beantragten Tari zu Ihrer Krankenversicherung" je zu ver	if, ersichernde Person,	☐ Pflegeergän	nzung		111777
	Durchschrift/Kopie des "Bera			☐ Krebs-Scan	1 to 1		
	2. Unterschrift des Antragste	anam		☐ Zusatzversi	cherung		
	VE COMPANY						
liche ng	Haben Sie die Beiträge bei Ih	ren Krankenversicherern gezahlt, so	dass aktuell kein Zah	lungsrückstand beste	ht? □ja □ne	ein	
zu ernde	Folgende Personen sollen mit	tversichert werden (bitte Vornamen,	Namen und Geburtsd	latum angeben und je	Person die Ergän	zung zum Hauptantr	rag beifügen):
en	VP 2			VP 5			
ng(en) upt-	VP3			VP 6			
	VP 4			VP7	North Association (Inc.)	I really say	
chen mi gungen Iligung Iligung er Unte	it ihrer Unterschrift die Schlus: n zur Kenntnis genommen zu hi zur Einholung einer Bonitätsau zur Verwendung von Gesundh erschrift bestätigen Sie als Ant ag oder einer Ergänzung zum i	sskunft (gilt nicht bei Beantragung d eitsdaten und Schweigepflichtentbin ragsteller die Richtigkeit und Vollsti	chinweise enthalten, 2 des Basistarifs), ndungserklärung. Tändigkeit sämtlicher	rum Inhalt dieses Ant	trags. Sie bestätig	gen auch, die nachfol	gend genannten
VUV		Cunter 16 Jahren deren gesetzlicher Ve	ertreter)	- ugnma	o dam	M	1 - 1 - 1
		VP 2	VP3			VP 4	
		VP 6	VP7				
				Dazu wird die Hans	seMerkur Kranken	versicherung AG meir	ne bei ihr verfügbaren
n möchticherung n einvers herungs Gesundt usgewäh	isgruppe verpassen! standen, dass mich die Unterneh betzogenen Produkten (Kranken heitsservices oder Apps) der Hai liten Kommunikationswege konk- erkur Versicherungsgruppe umf Kranken AG. Ham	asst die folgenden Unternehmen: seMerkur Speziale Krankenversicherur	sgruppe* zu ung) oder Services r die nachfolgend von	Bitte informieren S E-Mail und Tele	ischaften der Hans le mich per: efon	☐ Telefon	er Telefonnummer) an gsgruppe übermitteln
möchticherungs beinvers berungs besundt seswerku seMerku eMerku eMerku eMerku eMerku eMerku eMerku eMerku	isgruppe verpassen! standen, dass mich die Unterneh sbezogenen Produkten (Kranken heitsservices oder Apps) der Hai elen Kommunikationswege konti- elen Kommunikationswege konti- elen Kur Versicherungsgruppe umfa- er Krankenversicherung AG, Ham- er Lebensversicherung AG, Ham- ir Lebensversicherung AG, Advigon in E Betreeungscenter GmbH sowie- noten Unternehmen	nmen der HanseMerkur Versicherungs -, Lebens-, Reise- oder SachversicherunseMerkur Versicherungsgruppe über aktieren. asst die folgenden Unternehmen:	sgruppe' zu ung) oder Services r die nachfolgend von ing AG, i, itonal AG, keitsvermittler	Bitte informieren S E-Mail und Tei Diese Einwilligung	schaften der Hans le mich per: efon	eMerkur Versicherun Telefon It per Post (HanseMe E-Mall (Info@hansen ür die Zukunft wider	er Telefonnummer) an gsgruppe übermitteln. erkur Krankenversichen nerkur.de) oder Telefo rufen. Bis dahin bleib

Seite 3 von 6

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 Versicherungs-schein unter "Beginn" angegeben ist. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich still-schweigend, 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.

Widerrufsrecht

Sie können ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen nach Zugang des Versiche-rungsscheins und der Verbraucherinformation ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax. E-Mail) widerrufen. Die vollständige Widerrufsbelehrung finden Sie auf den Seiten 5 bis 7 in der Verbraucherinformation unter "Wichtige Informationen".

6. Erläuterung zu prädiktiven Gentests

Erlauferung zu prauktiven 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

- 1. Status: (bitte entsprechende Nummer auf Antragsvorderseite eintragen)
 - Arbeitnehmer (Angestellter und Arbeiter)

 - Selbstständiger und Freiberufter einschl. Subunternehmer Nicht erwerbstätig (einschl. Hausfrauen) Rentner und Pensionär

 - Student, Auszubildender und Bearntenanwärter Kind oder Schüler

Zuständiger Ombudsmann bzw. Aufsichtsbeh

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 mittellen.

Gesamteinkommen PPV

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuer-gesetzes (§ 2 Abs, 1 EStG). Darunter fallen insbesondere Dienstbezüge und Gehälter einschließlich Entlassungsentschädigungen (§ 25 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB XI) – auch Ein-kommen aus geringfügiger Beschäftigung (Minljob) –, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einkünfte aus seibstständiger Tätigkeit bzw. aus Gewerbebetrieb.

Dabei sind folgende Beträge nicht abzuziehen: der Altersentlastungsbetrag, die Sonder-ausgaben, die außergewöhnlichen Belastungen, der Kinderfreibetrag, der Haushallsfreibetrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Betrage

nerrag und die sonstigen steuerrechtlich vom Einkommen abzuziehenden Beträge.

Abzuziehen sind dagegen Werbungskosten – außer bei pauschal besteuertem Arbeitskehn – 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, Eiteringeld, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Bürgergeld, Sozialhilfe,
BAföd, Wohngeld sowie Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Kinderbetreuungskosten sind nach Maßgabe des § 10 Abs. 1 Nr. 5 EstG als Sonderausgaben
abzugstänig.

Die Berugsgröße gemäß § 18 SGB IV (Viertes Buch, Sozialgesetzbuch) befrägt 3.535. Euro monafisch für das Jahr 2024, 1/7 dieser Bezugsgröße entspricht 505. Euro monaflich, Eine geringfügige Beschäftigung gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV liegt vor, wenn für das Jahr 2024 das monafliche Gesamteinkommen nicht mehr als 538.- Euro beträgt.

c. Erklärungen

- Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherungsschein oder eine schriftliche Annahmebestätigung zugegangen ist.
- ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz zum vorgenannten Beginn, ggf. schort vor dem Ende der Widerrufsfrat, bestehl. Die vollständige Widerrufsbelehrung finden Sie auf den Seiten 5 bis 7 in der Verbreucherinformation unter "Wichtige Informa-
- För die heantragte Krankentagegeldversicherung bestätige ich, dass der Tagessatz zusämmen mit änderweitigen gleichartigen Ansprüchen 80 % des täglichen Durchschrufts-Bruntgeinkommens nicht übersteigt, ich verpflichte mich, Verminderungen des Einkommens anzuzeigen. Die Enfliche Karenzzeit wurde so gewählt, dass die Zahlung von Krankentagegeld erst hach Ablauf eines gigt bestehenden Anspruchs auf Gehaltsfortzahlung einsetzt, frühestens aber nach Ablauf der familichen Karenzzeit. Veränderungen der Lohn-/Gehaltsfortzahlungsdauer sind ebenfalls anzuzeigen.
- rungen der Light-Gehaltsfortzamungsbaum sind eberfalls anzuzeigen.
 Här ist bekannt, dass ich ohne Zustimmung des Versicherers nicht berechtigt bid, bei
 einem anderen Versicherungsunterreihnen weitere Monats-Tagegeldversicherung zu
 beantragen oder abzuschließen. Wird diese Obliegenheit versätzlich oder grob fahrlässig
 verlietzt, ist der Versicherer berechtigt, die Monats-Tagegeldversicherung innerhalb eines
 "Monats eines Eunhahung einer Frist zu kundigen. Liegt eine vorsätzliche Verlietzung der Obliegenheit vor, kann der Versicherer bereits erbrächte Leistungen zurückfordern. Bei grober
 Fahrlässigkeit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung zu kürzen.

- Ich bestätige, dass neben der beantragten Krankenhaus- und/oder Kurtagegeld- bzw Pflegemonats-/-ragegeldversicherung keine anderweitigen gleichartigen Anspruche 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 personenbezoge-nen Daten durch die HanseMerkur Krankenversicherung AG (HanseMerkur) und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung HanseMerkur Krankenversicherung AG

Signfried-Wedells-Platz 1

20354 Hamburg Telefon: 040 4119-1100

Fax: 040 4119-3257

E-Mail-Adresse: info@hansemerkur.de

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

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung
Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-DatenschutzGrundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatienschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzLibberger (BDSG), der Bundesdatienschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzLibberger (BDSG), des Bundesdatienschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzLibberger (BDSG), des Bundesdatienschutzgester (BDSG), der datenschutzgester (BDSG), de Grundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdarenschutzgesetzes (DSSG), der Galerischutz-rechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (CVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die Versicherungswirtschaft" verpflichtet, die die oben genanntien Gesetze für die Versicherungs-wirtschaft 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 Rechungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu kännen, ob ein Versicherungsfall eingerreten 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 versi-cherungsspezifischen 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 Auskunffserteilungen.

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 p EU-DSGVO i. v. m. § 27 BDSG.

Ihre Dalen verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von ums oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 11) 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

Unternehmen der HanseMerkur-Gruppe und deren kooperationspariner some im Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straffaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.
Darüber hinaus verarbeiten wir ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher verpintungen wie 2.5. auf 2.5. Art. 6 Abs. 1 c) EU-DSGVO.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

<u>Vermittler:</u>
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.

Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzelensrielsrungsangeteigenschlich und Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:
Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentrral 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 Ihr- und Exkasso oder zur gemeinsamen Pusibearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe Verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Detenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister.

r bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil

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/information entriehmen.

Weitere Emplänger:
Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie elwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialwersicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Versicherungstrager, Finanzbenorden duer sinder die den genannten Zwecke Wir läschen ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke wir läschen ihre personenbezogene Daten nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkenninen, dass personenbezogene Daten nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkenninen dass personenbezogene Daten für die Zeil aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend genacht werden können (gesetzliche Verjährungstrist von drei oder bis zu 30 Jahren). Zumacht werden können (gesetzliche Verjährungstrist von drei oder bis zu 30 Jahren). Zuden speichern wir hie personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Einsprechende Nachweis und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem sind. Einsprechende Nachweis und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem sind. Einsprechende Nachweis und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem sind. Einsprechende Nachweis und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem sind. Einsprechende Nachweis und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem sind. Einsprechende Nachweis und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem sind. Einsprechende Nachweis und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem sind. Einsprechende Nachweis und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem sind. Einsprechende Nachweis und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem sind. Einsprechende Nachweis und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem sind. Einsprechende Nachweis und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem sind. Einsprechende Nachweis und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem sind. Einsprechende Nachweis und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter erschen ersche ergeben sich unter erschlichten ergeben sich unter erschlichten

Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Betroffenenrechte
Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten
Daten verlangen. Derüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die
Berichnigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihren kann werlerhin ein Recht
auf Einschnänkung der Verlarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von
Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecker der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Ver-arbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Dalen schutzbeauftragten 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 Eintrift des Versicherungsfalls 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.

Automatisierte Entscheidungsfindung

Auf Dasis hrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir ggf. vollaufomatisiert über das Zustandekommen des Vertrages. Aufgrund
Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie
ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir vollaufomatisiert über
unsere Leistungspflicht. Die vollaufomatisierten Entscheidungen berühen auf verbindlichen Entgeltregelungen für Heilbehandlungen. Ihnen steht das Recht auf Erwirkung
des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen
Standnunktes und auf Angehtung der Entscheidung zu Standpunktes und auf Anfechtung der Entscheidung zu.

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 nachträg-

lich 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 nseMerkur Versicherungen GbR auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften

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 vereinbarren Bedingungen.

Zahlungstermin

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Abbuchung des Beitrages frühes tens 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 Auskunftei dem Versicherer ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Währscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-stafislischer Verfahren, auch unter Einbeziehung von georeferenzierten Daten, mitteilen (Score-Verfahren). Zur Identifikation werden Name, Anschrift (Erstwohnstzt Jauf Melderegistereintrag) und Geburtsdatum verwendet. Bei falschen Angaben behält sich der Versicherer die Möglichkeit des Rücktrifts vom Vertrag oder die Anfechtung des Vertrags vor.

G. Datenübermittlung an die Finanzbehörden

Mir ist bekannt, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranke Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, aligemeine Vertragsdaten. Steueridentifikationsnummer, geleistete und ggf. erstattete Beiträge) von der HanseMerkur Krankenversicherung AG den Finanzbehörden übermittelt werden.

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 durten, berüftigt die HanseMerkur Krankenversicherung AG – nachfolgend
HanseMerkur genannt – daher füre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber
hinaus berüftigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten bei
schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Arzten, erheben zu dürfen. Als Personenversicherer
benötigen wir ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder
weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (SIGB) geschützte Dahen weiterleiten zu dürfen.

Es steht finen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit spärer 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.).

 - im zusammennang mit der Abtrage bei Dirtten (unter 2.).
 - bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der HanseMerkur (unter 3.) und
 - wenn ein Vertrag nicht zustände 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 abhaben Erberge. Erklärungen abgeben können.

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 mitgetellten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

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, informa-

tionen 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 Be-

die Angaben uber ihre gesundheitlichen Verfahlinsse prüfer hulds, die Bez Uit ergründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rachnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mittellungen (z. B. cines Arztes oder sonstiger Angehöriger eines Heilberufs) ergeben. Diese Prüfung erfolgt nur, soweit as 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

- yird. Ich werde dann jeweils entscheiden, do 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 thres 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 Schweigepflichtentbin-dungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

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 Zusam-menhang 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 zurücklübermittelt 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 Schweigenflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die HanseMerkur führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. die telefonische Kundenbeteung, bei denne se 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 SiGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die HanseMerkur ihre Schweigepflichtentbindung für sich und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen. Die HanseMerkur ühr eine tortfaufen 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.hansemerkurde/service/datenschutz eingesehen oder schriftlich angefordert werden. Für die Weitergabe ihrer Gosundheitsdaten 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 er-wähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dorf für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die HanseMerkur dies fun 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.

Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

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

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehen-de 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 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

Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheltsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande

Kommi der Vertrag mit ihnen nicht zustande, speichert die HanseMerkur ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdafen für den Fall, dass Sie erneut Versiche rungsschutz 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 driften 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 Kalender-jahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Erklärungen und Hinweise zu einzelnen Tarifen

Verpflich tungserklä rung

Ich erkläre, dass die zu versichernden Personen

Ich erkläre, dass die zu versichernden Personen
I. 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



Tarif KTS

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

Hinweis

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

Tarif clinic S Hinwels

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

Tarif clinic U

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

versenert 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

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

Tarif KTS

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 fritt auch kein weiterer Versicherungsfall Innerhalb von 24 Monaten seit Beginn des Versicherungsschutzes ein, der mit den vor Vertragsschluss bestehenden Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichern Zusammenhang steht, entfällt dieser Leistungsausschluss.

Tarif PSG

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

terkur Krankenversicherung AG Siegiried-Wedells Platz 1, 20354 Hamb Sitz: Hamburg • HRB: Hamburg 101967

Vorsland: Eberhard Saurter (Vors.), Eric Bussert, Holger Ehses, Johannes Ganser, Raik Mildner

ufsichtsrat: Dr. Andreas Gent 003 0124 TR