

Antrag auf Abschluss einer Zusatz-Krankenversicherung

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

Beantragter Versicherungsbeginn

0 1 M M 2 0 J J

Wird von der HanseMerkur ausgefüllt:

VE Personen-Nr. (Vers.-Nr.) Abschlussverm. AD-Nr. Bestandsbetr. AD-Nr. GKD-Nr. MK 134 01.23 TR 002891-085-000295
AD-Versand ☐ ja

Identifikations-Nr./Kooperations-/Gruppenversicherungspartner

Mitarbeiter bei Kooperations-/Gruppenversicherungspartner

☐ ja, bei ☐ nein

Alle im Antrag abgefragten Angaben sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann die HanseMerkur Krankenversicherung AG zu einem Rücktritt oder zu einer Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsänderung führen. Bitte beachten Sie hierzu die 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
Versicherungsnehmer (mindestens 18 Jahre)
Herr ☐ Frau ☐

Titel/Name _____ Vorname _____
Straße, Postfach/
Zustellergängung _____ Haus-Nr. _____ Geburts-
datum TT.MM.JJJJ
Postleitzahl/
Wohnort _____
Staats-
angehörigkeit _____ Fax* _____
Telefon* _____ Telefon* _____
(privat) (geschäftlich)
E-Mail* _____

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** X
des Antragstellers
**Zahlungs-
weise**
☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

Zu versichernde Personen
Hinweis: wenn Antragsteller = zu versichernde Person 1, dann nur die grün markierten Felder ausfüllen

Person 1 Vorname (falls abw. vom Antragsteller: auch Name)
☐ Herr ☐ Frau
Geburtsdatum TT.MM.JJJJ Staatsangehörigkeit _____
Ich bin in einer deutschen GKV krankenversichert: ☐
Ich habe Anspruch auf Heilfürsorge: ☐
Bei Auszubildenden: Art der Ausbildung _____ Dauer von TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ

Person 2 Vorname (falls abw. vom Antragsteller: auch Name)
☐ Herr ☐ Frau
Geburtsdatum TT.MM.JJJJ Staatsangehörigkeit _____
Ich bin in einer deutschen GKV krankenversichert: ☐
Ich habe Anspruch auf Heilfürsorge: ☐
Bei Auszubildenden: Art der Ausbildung _____ Dauer von TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ

Gewünschte Tarife	Person 1	Tarif(e)	Tariflicher Monatsbeitrag in EUR	Tarif(e)	Tariflicher Monatsbeitrag in EUR	Tarif(e)	Tariflicher Monatsbeitrag in EUR	Tarif(e)	Tariflicher Monatsbeitrag in EUR	Tarif(e)	Tariflicher Monatsbeitrag in EUR	Tarif(e)	Tariflicher Monatsbeitrag in EUR
	<input type="checkbox"/> EZ			<input type="checkbox"/> EG		<input type="checkbox"/> PSG		<input type="checkbox"/> PG		<input type="checkbox"/> PGA/			
	<input type="checkbox"/> EZE			<input type="checkbox"/> EST		<input type="checkbox"/> KTS/5		<input type="checkbox"/> PGS/		<input type="checkbox"/> PGS/			
	<input type="checkbox"/> EZT			<input type="checkbox"/> ES		<input type="checkbox"/> KTS/10		<input type="checkbox"/> PGE		<input type="checkbox"/> PGE			
	<input type="checkbox"/> EZP			<input type="checkbox"/> EVHS		<input type="checkbox"/> KTS/15		<input type="checkbox"/> PZ		<input type="checkbox"/> PZG			
	<input type="checkbox"/> EZP2			<input type="checkbox"/> clinic A		<input type="checkbox"/> KTS/20							
	<input type="checkbox"/> EZK			<input type="checkbox"/> clinic S		<input type="checkbox"/> KH/							
	<input type="checkbox"/> EZL			<input type="checkbox"/> clinic U		<input type="checkbox"/> KUT/							
													Monatlicher Gesamtbeitrag in EUR Person 1
	Person 2												
	<input type="checkbox"/> EZ			<input type="checkbox"/> EG		<input type="checkbox"/> PSG		<input type="checkbox"/> PG		<input type="checkbox"/> PGA/			
	<input type="checkbox"/> EZE			<input type="checkbox"/> EST		<input type="checkbox"/> KTS/5		<input type="checkbox"/> PGS/		<input type="checkbox"/> PGS/			
	<input type="checkbox"/> EZT			<input type="checkbox"/> ES		<input type="checkbox"/> KTS/10		<input type="checkbox"/> PGE		<input type="checkbox"/> PGE			
	<input type="checkbox"/> EZP			<input type="checkbox"/> EVHS		<input type="checkbox"/> KTS/15		<input type="checkbox"/> PZ		<input type="checkbox"/> PZG			
	<input type="checkbox"/> EZP2			<input type="checkbox"/> clinic A		<input type="checkbox"/> KTS/20							
	<input type="checkbox"/> EZK			<input type="checkbox"/> clinic S		<input type="checkbox"/> KH/							
	<input type="checkbox"/> EZL			<input type="checkbox"/> clinic U		<input type="checkbox"/> KUT/							
													Monatlicher Gesamtbeitrag in EUR Person 2

Erklärung zum Tarif KTS
Hinweis zum Tarif KTS
Ich erkläre, dass ich als Arbeitnehmer in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis mit sechswöchiger Lohnfortzahlung beschäftigt bin.
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.




Hinweis zu den Tarifen EG und clinic U
Die Leistungspflicht für Krankenhausbehandlungen entfällt bedingungsgemäß für die Unfälle, die auf die Ausübung folgender Risikosportarten zurückzuführen sind: Skispringen, Drachenfliegen, Paragliding, Motorrennsport, Boxen, Kickboxen, Thaiboxen, Vollkontaktkarate, Rugby oder Freeclimbing.

* Diese Angaben sind freiwillig.

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

Verteiler:
Blatt 1 – HanseMerkur
Blatt 2 – Kunde
Blatt 3 – Vermittler



Verpflichtungs- erklärung zum Tarif PG	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.																																																																									
 Angaben zum Gesundheitszustand Nicht erforderlich, sofern ausschließlich die Tarife EVHS, EZP, EZP2, clinic U und/oder KTS beantragt werden. Frage 11. nur zu beantworten, sofern der Tarif EZK oder EZL beantragt wird.	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. 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 Erkrankungen wie Husten, Schnupfen, soweit nicht dabei Mandel- und/oder Nebenhöhlenbeschwerden auftraten. Bei ausgeheilten Krankheiten und Beschwerden geben Sie bitte an, seit wann Beschwerde- und Behandlungsfreiheit besteht. 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		Person 2																																																																							
	Größe _____ cm		Größe _____ cm																																																																							
	Gewicht _____ kg		Gewicht _____ kg																																																																							
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																																																							
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																																																							
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																																																							
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																																																							
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																																																							
	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, Anzahl <input type="checkbox"/> nein																																																																							
Bitte beachten	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.)																																																																									
Bitte beachten	9. Finden derzeit zahnärztliche Maßnahmen statt? (Behandlung und/oder Anfertigung und/oder Erneuerung von Zahnersatz/Implantaten/Kronen/In- bzw. Onlays [Einlagefüllungen bzw. Teilkronen])																																																																									
Bitte beachten	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])																																																																									
Bitte beachten	11. Finden derzeit und/oder fanden in den letzten 3 Jahren Parodontosebehandlungen/-untersuchungen statt und/oder sind solche für die Zukunft angeraten?																																																																									
Name, Anschrift und Telefonnummer des Hausarztes, Zahnarztes bzw. behandelnder Fachärzte oder Heilpraktiker:																																																																										
Person 1					Person 2																																																																					
Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, so ist sie unter Angabe der lfd. Nummer der jeweiligen Frage auf einem gesonderten Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und vom Antragsteller und den zu versichernden Personen bzw. ihrem gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben.																																																																										
Anlage(n) beigelegt: <input type="checkbox"/> ja, Anzahl <input type="checkbox"/> nein																																																																										
<table><tr><td>Zu Person Nr.</td><td>Zu Frage Nr.</td><td>Art der Beschwerden, Krankheiten, Anomalien, Unfallfolgen, Behandlungen, Untersuchungen; Name der Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel</td><td>von</td><td>bis</td><td>Die genannten Behandlungen bzw. Untersuchungen waren Routineuntersuchungen ohne krankhaften Befund</td><td>Die Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen sind</td><td colspan="2">Dauer von Arbeitsunfähigkeiten</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Nein, es sind weitere Behandlungen geplant und zwar:</td><td>Nein, es sind keine weiteren Behandlungen geplant</td><td>Ja, seit</td><td>von</td><td>bis</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td>TT.MM.JJJJ</td><td>TT.MM.JJJJ</td><td>TT.MM.JJJJ</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											Zu Person Nr.	Zu Frage Nr.	Art der Beschwerden, Krankheiten, Anomalien, Unfallfolgen, Behandlungen, Untersuchungen; Name der Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel	von	bis	Die genannten Behandlungen bzw. Untersuchungen waren Routineuntersuchungen ohne krankhaften Befund	Die Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen sind	Dauer von Arbeitsunfähigkeiten								Nein, es sind weitere Behandlungen geplant und zwar:	Nein, es sind keine weiteren Behandlungen geplant	Ja, seit	von	bis						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	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"/>			
Zu Person Nr.	Zu Frage Nr.	Art der Beschwerden, Krankheiten, Anomalien, Unfallfolgen, Behandlungen, Untersuchungen; Name der Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel	von	bis	Die genannten Behandlungen bzw. Untersuchungen waren Routineuntersuchungen ohne krankhaften Befund	Die Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen sind	Dauer von Arbeitsunfähigkeiten																																																																			
						Nein, es sind weitere Behandlungen geplant und zwar:	Nein, es sind keine weiteren Behandlungen geplant	Ja, seit	von	bis																																																																
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/>	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	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"/>																																																																			
Empfangs- bestätigung	Ich bestätige, am _____ folgende Unterlagen erhalten zu haben: • Gesonderte „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)“; • nebenstehend benannte „Verbraucherinformation(en)“, die darin enthaltenen Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie die weiteren Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV), • gesonderte „Widerrufsbelehrung“; • „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“ je beantragtem Tarif, • Durchschrift/Kopie des „Beratungsprotokolls“.																																																																									
Verbraucherinformation <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Pflegeergänzung 2. Unterschrift des Antragstellers 																																																																										
Version (z. B. Januar 2023)																																																																										
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 Einwilligung zur Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung zur Kenntnis genommen zu haben und ihr zuzustimmen.																																																																										
Ort, Datum 3. Unterschrift des Antragstellers  Unterschriften der zu versichernden Personen (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)																																																																										
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 (Kranken-, Lebens-, Reise- oder Sachversicherung) oder Services (z. B. Gesundheitsservices oder Apps) der HanseMerkur Versicherungsgruppe über die nachfolgend von mir ausgewählten Kommunikationswege kontaktieren. * Die HanseMerkur Versicherungsgruppe umfasst die folgenden Unternehmen: HanseMerkur Krankenversicherung AG, HanseMerkur Spezialreife Krankenversicherung AG, HanseMerkur Lebensversicherung AG, HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG, HanseMerkur Reiseversicherung AG, Advigon Versicherung AG, HanseMerkur International AG, H.B.C. Hanse Betreuungszentrum GmbH sowie die mich betreuenden Ausschließlichkeitsvermittler der vorgenannten Unternehmen																																																																										
Dazu wird die HanseMerkur Krankenversicherung AG meine bei ihr verfügbaren personenbezogenen Daten (z. B. Name, E-Mail-Adresse oder Telefonnummer) an die weiteren Gesellschaften der HanseMerkur Versicherungsgruppe übermitteln. Bitte informieren Sie mich per: <input type="checkbox"/> E-Mail und Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Telefon Diese Einwilligung kann ich jederzeit per Post (HanseMerkur Krankenversicherung AG, Postfach, 20352 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 (<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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.

- Der Versicherungsvertrag wird 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.

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung, nicht jedoch vor dem Versicherungsbeginn und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

5. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins 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

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 Erbmateriels eines Gesunden auf die Veranlagung einer bestimmten Krankheit verstanden.

B. Hinweise

1. 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.

C. Erklärungen

- Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherungsschein oder eine schriftliche Annahmestätigung zugegangen ist.
- Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz zum vorgenannten Beginn, ggf. schon vor dem Ende der Widerrufsfrist, besteht. Die vollständige Widerrufsbelehrung finden Sie auf den Seiten 5 bis 7 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.
- Ich verpflichte mich, eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Person, die bis zur Annahme dieses Antrags eintritt, der HanseMerkur Krankenversicherung AG unverzüglich schriftlich anzuzeigen.
- Ich bestätige, dass neben der beantragten Krankenhaus- und/oder Kurtagegeld- bzw. Pflegemonats-/tagegeldversicherung keine anderweitigen gleichartigen Ansprüche bestehen. Sofern dies nicht zutreffend ist, werde ich der HanseMerkur Krankenversicherung AG entsprechende Angaben machen.
- 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.

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

Zwecke 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 Policing 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 berechnete 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 Versicherungsmissbrauch 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/information 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.

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.

Automatisierte Entscheidungsfindung

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir ggf. vollautomatisiert 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 vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf verbindlichen Entgeltregelungen für Heilbehandlungen. Ihnen steht das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunktes und auf Anfechtung der Entscheidung zu.

Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

E. SEPA-Basislastschrift

SEPA-Mandaterteilung

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 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 StGB 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.

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.