

**Versicherungsantrag auf Abschluss einer
Verdienstausfallversicherung**

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

Beantragter Versicherungsbeginn

0 1 | | | | 2 0 | | | |

Wird von der HanseMerkur ausgefüllt:

VE Personen-Nr. (Vers.-Nr.) Abschlussverm. AD-Nr. Bestandsbetr. AD-Nr. GKD-Nr. AD-Versand
 1 0 4 | | | | | | | | | | 0 2 9 0 7 0 0 | 0 2 9 0 7 0 0 | | | | ja

Identifikationsnr./Kooperations-/Gruppenversicherungspartner

Mitarbeiter/-in bei Kooperations-/Gruppenversicherungspartner

| | | | | | | | | | ja, bei | | | | | | | | | | nein

Antragsteller/-in
Name/Titel/Firmenname, Gesellschaftsform, Vorname
 Versicherungsnehmer/-in, Straße, Postfach/Zustellergängung, Haus-Nr., Geburtsdatum
 (mindestens 18 Jahre), Postleitzahl, Wohnort
 = zu versichernde Person, Telefon* (privat), Telefon* (geschäftlich)
 Herr Fax*, Staatsangehörigkeit
 Frau E-Mail*
 Firma Status* (siehe Rückseite) 1 Familienstand* ledig geschieden eingetragene Partnerschaft
 Derzeitige berufl. Tätigkeit (Haupt- und Nebenberuf) verheiratet verwitwet eheähnliche Gemeinschaft

Inkasso Bankverbindung gilt für alle Verträge. Bankleitzahl, Kontonummer, Geldinstitut/Ort
 Der Beitrag soll bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden:
 Name/Vorname/Firmenname, Unterschrift, Kontoinhaber/-in, falls nicht Antragsteller/-in

Zahlungsweise monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich Firmenabrechnung **Beitragsbescheinigung** für den Arbeitgeber: ja nein für das Finanzamt: ja nein

Ergänzende Angaben Bei Nicht-EU-Staatsangehörigkeit, im Besitz einer gültigen: Niederlassungserlaubnis befristeten Aufenthaltserlaubnis Aufenthaltsbewilligung Aufenthaltsgestattung

Ich bin Mitglied folgender deutscher gesetzlicher Krankenversicherung: Name, Seit, Jahresbruttoeinkommen EUR
 Anschrift

Gewünschter Tarif, Beitrag und zusätzlicher Hinweis KTS 5,- EUR KTS 10,- EUR KTS 15,- EUR KTS 20,- EUR Monatsbeitrag EUR

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf die der versicherten Person bekannten Erkrankungen oder Unfallfolgen, wegen derer sie in den letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich oder therapeutisch beraten oder behandelt wurde. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb der nächsten 24 Monate seit Beginn des Versicherungsschutzes eintritt und mit diesen Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht (vgl. § 5 Abs. 3 AVB/TS).

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen des/der Antragsteller(s)/-in auf der Rückseite dieses Antrags. Diese Erklärungen enthalten Hinweise zur Datenverarbeitung; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrages.

Ich habe die Verbraucherinformation Ergänzungstarife Juli 2008 sowie das Produktinformationsblatt/die Produktinformationsblätter am | | | | | erhalten.

Es wurde ein Beratungsprotokoll erstellt, dessen Durchschrift/Kopie ich erhalten habe.

Ort, Datum Unterschrift des/der Antragsteller(s)/-in Unterschrift des/der Vermittler(s)/-in

Ich bestätige, dass der vorstehende Versicherungsantrag eigenhändig unterschrieben wurde.

* Diese Angaben sind freiwillig.

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

Verteiler:
Blatt 1 – HanseMerkur
Blatt 2 – Kunde/-in
Blatt 3 – Vermittler/-in



Schlusserklärungen sowie Hinweise/Erklärungen/Erläuterungen

Wichtig für den/die Antragsteller/-in:

- 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/die Versicherungsnehmer/-in unzweckmäßig.
- Eine Durchschrift dieses Antrages wird Ihnen sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.
- Bitte beantworten Sie die Fragen im Antrag vollständig und richtig. Sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.**
- Für die Versicherung gelten die Versicherungsbedingungen – denen der unabhängige Treuhänder zugestimmt hat –, die jeweiligen Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers sowie die Satzung.
- Der Versicherungsvertrag wird für zwei Versicherungsjahre geschlossen. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht vom Versicherungsnehmer und in Kenntnis der betroffenen versicherten Person(en) zum Ablauf der Vertragszeit fristgemäß gekündigt wird.
- Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird.
- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung, nicht jedoch vor dem Versicherungsbeginn und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz zum vorgenannten Beginn, ggf. schon vor dem Ende der Widerrufsfrist, besteht. Informationen über das Widerrufsrecht finden Sie in der Verbraucherinformation unter „Wichtige Informationen“.
- Für die beantragte Krankentagegeldversicherung bestätige ich, dass der Tagessatz zusammen mit anderweitigen gleichartigen Ansprüchen 80% des täglichen Durchschnitts-Bruttoeinkommens nicht übersteigt. Ich verpflichte mich, Verminderungen des Einkommens anzuzeigen. Die tarifliche Karenzzeit wurde so gewählt, dass die Zahlung von Krankentagegeld erst nach Ablauf eines ggf. bestehenden Anspruchs auf Gehaltsfortzahlung einsetzt. Veränderungen der Lohn-/Gehaltsfortzahlungsdauer sind ebenfalls anzuzeigen.
- 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 eintreten, der HanseMerkur Krankenversicherung AG unverzüglich schriftlich anzuzeigen.
- Mir ist bekannt, dass ich ohne Zustimmung des Versicherers nicht berechtigt bin, bei einem anderen Versicherungsunternehmen eine weitere Krankentagegeldversicherung zu beantragen oder abzuschließen. Bei einem Verstoß gegen diese Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Krankentagegeldversicherung mit sofortiger Wirkung zu kündigen und bereits erbrachte Leistungen zurückzufordern.
- Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers aber vor der Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht gemäß o. g. Absatz, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht ist jedoch ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer aber das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein vorhandenes Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode, Vertragsbestandteil.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der HanseMerkur Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständige(n) Vermittler/-in weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler/-innen dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass die HanseMerkur Versicherungsgruppe und der/die Vermittler/-in meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung (telefonisch, per E-Mail oder per Brief) auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

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

Status:	<ol style="list-style-type: none">Arbeitnehmer/-in (Angestellte/r und Arbeiter/-in)Beam(t)er/-inSelbständige/r und Freiberufler/-in einschl. Subunternehmer/-innicht erwerbstätig (einschl. Hausfrauen bzw. -männer)Rentner/-in und Pensionär/-inStudent/-in, Auszubildende/r und Beamtenanwärter/-inKind oder Schüler/-injuristische Person
----------------	---

HanseMerkur Krankenversicherung AG

Postanschrift: 20352 Hamburg
Hausanschrift: Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Telefon: (0 40) 41 19-11 00, Telefax: -32 57, www.hansemerkur.de

Vorstand: Fritz Horst Melsheimer (Vors.),
Dr. Andreas Gent, Peter Ludwig, Eberhard Sautter,
Holger Ehnes (stv.)

Aufsichtsrat: Dr. Gottfried Arnold (Vors.)
Sitz: Hamburg, Handelsregister: Hamburg B 101967