

Ergänzung zum Hauptantrag

gilt nur in Verbindung mit einem gleichzeitig eingereichten Hauptantrag (MK 003)

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

Beantragter Versicherungsbeginn

T T M M 2 0 J J

MK 333 02.20 TR
003061-070-000295

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

Alle im Antrag abgefragten Angaben sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann die HanseMerkur Krankenversicherung AG zu einem Rücktritt oder zu einer Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsänderung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Ihnen gesondert ausgehändigte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Den Inhalt dieser Mitteilung können Sie zusätzlich den Seiten 9 und 10 der Ihnen ausgehändigten Verbraucherinformation entnehmen.

Antragsteller	Titel/Name/Firmenname, Gesellschaftsform _____ Vorname _____	
Versicherungsnehmer	Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum <u>TT.MM.JJJJ</u>
Weitere zu versichernde Person	Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>	Vorname _____ Name _____ Geburtsdatum <u>TT.MM.JJJJ</u>
	Ausgeübte berufliche Tätigkeit(en) zum Zeitpunkt des beantragten Versicherungsbeginns _____ Steueridentifikations-Nr. _____	
<input type="checkbox"/> 2 (VP 2) <input type="checkbox"/> 3 (VP 3) <input type="checkbox"/> 4 (VP 4) <input type="checkbox"/> 5 (VP 5)	Status zur vorgenannten beruflichen Tätigkeit _____ Staatsangehörigkeit _____ In Deutschland seit _____ Ziffer _____ (siehe Rückseite B. 1.) seit <u>TT.MM.JJJJ</u> (bei Status 3) _____ <u>TT.MM.JJJJ</u>	
	Bei Staatsangehörigen außerhalb Europas: Liegt ein aktueller Aufenthaltstitel für die Bundesrepublik Deutschland mit einer Gültigkeit von mindestens 13 Monaten vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, fügen Sie bitte eine vollständige Kopie bei.	
	Bei Auszubildenden: Art der Ausbildung _____	Dauer: von _____ bis _____

Gewünschte Tarife (Kranken- und Pflege(pflicht)-versicherung)	Tarif/Tages- bzw. Monatsatz	Monatsbeitrag in EUR	Tarif/Tages- bzw. Monatsatz	Monatsbeitrag in EUR	Ich bin mit folgendem Risikozuschlag (RZ) einverstanden:		
_____	_____	_____	_____	_____	Tarif	RZ in EUR	Diagnose
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Bitte bei Tage- bzw. Monatsgeldtarifen bitte die gewünschte Höhe angeben z. B. T 43/100.	_____	_____	_____	_____	Für folgende Tarife wird eine Anwartschaftsversicherung <input type="checkbox"/> AwVG <input type="checkbox"/> AwVK <input type="checkbox"/> AwVL gewünscht: _____ Grund: _____		
_____	_____	_____	_____	_____	Sonstige Besondere Bedingungen (z. B. ZfA, LA): _____		
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> PGE	5,18			
_____	_____	_____	Gesetzlicher Zuschlag (GZ)	_____	Tarif AZP Ich entscheide mich für die Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen als <input type="checkbox"/> Beitragsstundung <input type="checkbox"/> garantierte Beitragsrückerstattung		
_____	_____	_____	Risikozuschlag (RZ) (Details s. rechts)	_____	Dafür endende Tarife: _____		
_____	_____	_____	Monatlicher Gesamtbeitrag	_____			

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

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

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

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

	ja	nein	KT-Höhe in EUR	KT ab der ____KW	von TTMMJJ	bis TTMMJJ	Versicherer (Name/Gesellschaft, Anschrift)	Gekündigt durch	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						VR	VN
1. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gesetzliche Pflegeversicherung (SPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Private Krankheitskosten-vollversicherung (PKV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Private Pflegepflicht-versicherung (PPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Private Krankheitskosten-versicherung bei einem EWR-Dienstleister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Private Reisekranken-versicherung (PRV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zum Einkommen **Einkommen im Kalenderjahr vor Antragstellung** – Summe der Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit (nicht-selbstständige bzw. selbstständige Arbeit, Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft), die nach den Vorschriften des Einkommenssteuergesetzes ermittelt wurde _____ EUR
Dauer der Gehaltsfortzahlung _____ Tage
Wurde die o. a. Tätigkeit im Jahr vor der Antragstellung noch nicht bzw. noch keine 12 Monate ausgeübt, geben Sie bitte an, welches Einkommen (s. o.) Sie in den nächsten 12 Monaten ab beantragtem Versicherungsbeginn daraus erwarten _____ EUR

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

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

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!



MK 333 02.20 TR 003061-070-000295 - 000000000000



Angaben zum Gesundheitszustand

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 Erkältungen 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
Größe _____ cm
Gewicht _____ kg

- 1. Bestehen und/oder bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten, Anomalien (auch Implantate [z. B. Brustimplantate]) und/oder Unfallfolgen (Ggf. Kostenträger nennen), die nicht ärztlich und/oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) behandelt wurden? ja nein
- 2. Wurden in den letzten 3 Jahren Behandlungen/Untersuchungen von Ärzten und/oder Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) durchgeführt und/oder sonstige Gesundheitsstörungen/Anomalien festgestellt? (Auch solche, die der Feststellung einer bestehenden oder abgelaufenen Virusinfektion [z. B. Hepatitis, HIV] dienen und/oder die zu einem anderen krankhaften Befund [z. B. Rheuma, Allergien, Asthma] führten) ja nein
- 3. Sind Behandlungen/Untersuchungen durch Ärzte und/oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) für die Zukunft angeraten? ja nein
- 4. Erfolgt derzeit oder erfolgte in der Vergangenheit ein regelmäßiger Konsum von Drogen, Medikamenten und/oder Alkohol? ja nein
- 5. Wurden in den letzten 5 Jahren Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und/oder von Psychotherapeuten/Psychologen durchgeführt? ja nein
- 6. Sind Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und/oder von Psychotherapeuten/Psychologen für die Zukunft angeraten? ja nein
- 7. Bestehen und/oder bestanden behördlich anerkannte gesundheitliche Schäden (z. B. Wehr- oder Kriegsdienstbeschädigungen, Schäden aufgrund von [Arbeits-]Unfällen/Berufskrankheiten, sonstige Schäden)? Falls ja, bitte Versorgungs- und ggf. Rentenbescheid beifügen. ja nein
- 8. Fehlen Zähne im natürlichen Gebiss, die noch nicht ersetzt sind? Falls ja, bitte Anzahl angeben. (Vollständiger Lückenschluss, Weisheits- und Milchzähne gelten nicht als fehlende Zähne.) ja, Anzahl: _____ nein
- 9. Finden derzeit zahnärztliche Maßnahmen statt? (Behandlung und/oder Anfertigung und/oder Erneuerung von Zahnersatz/Implantaten/Kronen/In- bzw. Onlays [Einlagefüllungen bzw. Teilkronen]) ja nein
Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die bereits begonnene Zahnersatzmaßnahme.“ einverstanden.
- 10. Sind zahnärztliche Maßnahmen für die Zukunft angeraten? (Behandlung und/oder Anfertigung und/oder Erneuerung von Zahnersatz/Implantaten/Kronen/In- bzw. Onlays [Einlagefüllungen bzw. Teilkronen]) ja nein
Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die angeratene Zahnersatzmaßnahme.“ einverstanden.
- 11. Finden derzeit und/oder fanden in den letzten 3 Jahren Parodontosebehandlungen/-untersuchungen statt und/oder sind solche für die Zukunft angeraten? ja nein
Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für Parodontosebehandlungen und Folgen.“ einverstanden.
- 12. Finden derzeit und/oder fanden in den letzten 3 Jahren kieferorthopädische Behandlungen/Untersuchungen statt und/oder sind solche für die Zukunft angeraten? ja nein
Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für kieferorthopädische Behandlungen.“ einverstanden.

Bitte beachten

Bitte beachten

Bitte beachten

Bitte beachten

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

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und vom Antragsteller und von der zu versichernden Person bzw. ihrem gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben. Anlage(n) beigefügt: ja, Anzahl _____ nein

Zu Frage Nr.	Art der Beschwerden, Krankheiten, Anomalien, Unfallfolgen, Behandlungen, Untersuchungen; Name der Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel	von	bis	Die genannten Behandlungen bzw. Untersuchungen waren Routineuntersuchungen ohne krankhaften Befund	Die Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen sind folgenlos ausgeheilt:			Dauer von Arbeitsunfähigkeiten	
					Nein, es sind weitere Behandlungen geplant und zwar:	Nein, es sind keine weiteren Behandlungen geplant	Ja, seit TT.MM.JJJJ	von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>				

Ergänzende Angaben zur Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV)

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

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

* Definition s. Schluss- erkl arungen unter B. 4.

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

- 2. Die zu versichernde Person:
 - a) ist als Student immatrikuliert. (bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen) ja, bis zum _____ nein
 - b) befindet sich in einer Schul-/Berufsausbildung. ja, bis zum _____ nein
 - c) leistet(e) ein freiwilliges soziales Jahr/ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes. ja, von bis _____ nein
 - d) leistet(e) Wehr-/Zivildienst im Rahmen einer gesetzlichen Dienstpflicht. ja, von bis _____ nein
 - e) leistet(e) freiwilligen Wehrdienst nach Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes. ja, von bis _____ nein
 - f) leistet(e) einen freiwilligen Dienst nach dem Bundes- oder Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst. ja, von bis _____ nein
 - g) übt(e) eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 Entwicklungshelfer-Gesetz aus. ja, von bis _____ nein

Bitte zusätzlich bei allein zu versichernden Kindern beantworten:

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

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

- 3. a) Wo bestehen die Kranken- und Pflegepflichtversicherung? GKV PKV SPV PPV
- b) Wird eine bereits bestehende PPV als Anwartschaftsversicherung geführt? ja, bei _____ seit _____ nein
- c) Übersteigt das monatliche Gesamteinkommen* Ihres Ehepartners/Lebenspartners gem. § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV bzw. beträgt es im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 Abs. 1 Nr. 1, 8a SGB IV mehr als 450,- EUR? ja nein

Ort, Datum

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



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

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