

## Ich möchte meinen Krankenversicherungsbeitrag im Alter reduzieren.

Beantragter Versicherungsbeginn

0 1 M M 2 0 J J

VE

AD-Nr.

Personen-Nr. (Vers.-Nr.)

MAK 100 01.23 PDF A  
003121-085-000290

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

### Gewünschter Versicherungsschutz

	Versicherte Person 1	Versicherte Person 2	Versicherte Person 3
1	Name		
	Vorname		
	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ
Gewünschte Beitragsentlastung im Alter (BEN)	<input type="checkbox"/> 50,- EUR <input type="checkbox"/> _____ EUR	<input type="checkbox"/> 50,- EUR <input type="checkbox"/> _____ EUR	<input type="checkbox"/> 50,- EUR <input type="checkbox"/> _____ EUR
	<input type="checkbox"/> 100,- EUR <b>Monatsbeitrag</b>	<input type="checkbox"/> 100,- EUR <b>Monatsbeitrag</b>	<input type="checkbox"/> 100,- EUR <b>Monatsbeitrag</b>
	<input type="checkbox"/> 150,- EUR _____ EUR	<input type="checkbox"/> 150,- EUR _____ EUR	<input type="checkbox"/> 150,- EUR _____ EUR
<b>Monatlicher Gesamtbeitrag</b>			_____ <b>EUR</b>



### Versicherungsnehmer Herr Frau

2	Name	_____	Vorname	_____
	Straße, Postfach/ Zustellergängung	_____	Haus-Nr.	_____
	Postleitzahl/ Wohnort	_____	Geburtsdatum	TT.MM.JJJJ

### Zahlungsweise

3	Die bisher für diesen Vertrag vereinbarte Zahlungsweise gilt auch für diese Ergänzung.	

### Empfangsbestätigung und Unterschriften (Bitte unterschreiben Sie hier zweimal)

4	<b>Empfangsbestätigung</b> 	<b>Ich bestätige, am _____ folgende Unterlagen erhalten zu haben:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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),</li> <li>• gesonderte „Widerrufsbelehrung“,</li> <li>• „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“ je beantragtem Tarif,</li> <li>• Durchschrift/Kopie des „Beratungsprotokolls“.</li> </ul>	<b>Verbraucherinformation</b> <input type="checkbox"/> <b>Vollversicherung</b> <input type="checkbox"/> <b>Beihilfeversicherung</b>	<b>Version (z. B. Januar 2023)</b> _____
		_____ <b>1. Unterschrift des Antragstellers</b> 		

Mit diesem Antrag möchte ich meinen Krankenversicherungsschutz ergänzen.

Ort, Datum

**2. Unterschrift des Antragstellers**

**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 Spezial-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.

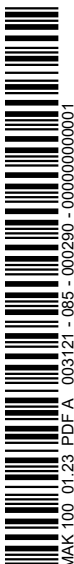
Bitte informieren Sie mich per:

E-Mail und Telefon  E-Mail  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 ( nicht) in meiner Gegenwart unterschrieben.

Unterschrift und Stempel des Vermittlers/Name in Druckbuchstaben VM-Nr.



## Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1 - Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

### Widerrufsrecht

**Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen**

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,** einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu den Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

**jeweils in Textform zugegangen sind.**

**Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.**

**Der Widerruf ist zu richten an:**

HanseMerkur Krankenversicherung AG,  
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg,  
E-Mail: kv-bestand@hansemerkur.de,  
Fax: 040 4119-3257.

### Widerrufsfolgen

**Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich zeitanteilig vom Beginn des Vertrags bis zum Zugang des Widerrufs errechnet. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.**

**Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.**

**Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrags wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.**

### Besondere Hinweise

**Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.**

Abschnitt 2 - Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungs Zweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;