

Angaben zum Einkommen der zu versichernden Person, sofern Verdienstausfall beantragt wird

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:

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 Dauer der _____ Tage
 Gehaltsfortzahlung _____ Tage

_____ EUR

Tarife PG und PZ

Ist die zu versichernde Person werdendes Elternteil? ja nein **Ärztlich errechneter Geburtstermin des leiblichen Kindes**

Im Falle einer anstehenden Geburt kann die Versicherung der zukünftigen Eltern frühestens zum 01. des angegebenen Geburtsmonats beginnen.

Beabsichtigt die zu versichernde Person eine Adoption? ja nein

Im Falle einer beabsichtigten Adoption kann die Versicherung erst nach erfolgter Adoption abgeschlossen werden. Bitte reichen Sie zu gegebener Zeit einen neuen Antrag ein.

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.

Erklärung zum Tarif clinic A und Tarif clinic U

Ich erkläre, dass die zu versichernden Personen nicht als Berufssportler (Sportprofi) tätig sind oder bei einer Fluggesellschaft angestellt sind (Luftfahrt- und Bodenpersonal).
Ich erkläre außerdem, dass für die zu versichernden Personen bei keinem Unternehmen ein anderer Tarif für Wahlleistungen besteht, der zumindest gleiche Leistungen wie Tarif clinic A und/oder Tarif clinic U beinhaltet.

Tarif ZY

Ich bestätige, die Inhalte des Informationsfilm Krebs-Scan nachvollzogen und verstanden zu haben.
Ich bestätige außerdem, das Beiblatt "Hinweise zu Krebs-Scan" erhalten zu haben.



Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person

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- 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 _____
Größe _____ cm
Gewicht _____ kg

- | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten, Anomalien (Fehlstellungen, Fehlbildungen, Körperimplantate), Entwicklungsstörungen oder Unfallfolgen, die nicht von Ärzten, Heilpraktikern oder sonstigen Therapeuten behandelt wurden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Wurden in den letzten 3 Jahren Behandlungen/Untersuchungen von Ärzten, Heilpraktikern oder sonstigen Therapeuten durchgeführt oder sonstige Gesundheitsstörungen/Anomalien festgestellt? Es ist auch anzugeben, wenn eine bestehende oder abgelaufene Virusinfektion (z. B. Hepatitis, HIV) oder ein anderer krankhafter Befund (z. B. Rheuma, Allergien, Asthma) festgestellt wurde. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Sind Behandlungen/Untersuchungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder sonstige Therapeuten für die Zukunft angeraten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Erfolgt derzeit oder erfolgte in der Vergangenheit ein regelmäßiger Konsum von Drogen, Medikamenten oder Alkohol? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Wurden in den letzten 5 Jahren Behandlungen/Untersuchungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen oder von Psychotherapeuten/Psychologen durchgeführt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Sind Behandlungen/Untersuchungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen oder von Psychotherapeuten/Psychologen für die Zukunft angeraten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Besteht oder bestand eine Erwerbsminderung, eine Dienst-, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit, eine anerkannte Behinderung, eine Wehrdienstbeschädigung, eine Pflegebedürftigkeit, oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt oder ist dies beabsichtigt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne), die nicht ersetzt sind und für die kein Lückenschluss besteht? Falls ja, bitte Anzahl angeben. | <input type="checkbox"/> ja, Anzahl | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Finden derzeit Zahnersatzmaßnahmen (z. B. Implantate, Kronen, Inlays) statt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die bereits begonnene Zahnersatzmaßnahme.“ einverstanden. | | |
| 10. Sind Zahnersatzmaßnahmen (z. B. Implantate, Kronen, Inlays) für die Zukunft angeraten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die angeratene Zahnersatzmaßnahme.“ einverstanden. | | |
| 11. Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren Parodontosebehandlungen/-untersuchungen statt oder sind solche für die Zukunft angeraten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für Parodontosebehandlungen und Folgen.“ einverstanden. | | |
| 12. Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren kieferorthopädische Behandlungen/Untersuchungen statt oder sind solche für die Zukunft angeraten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 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 der Ärzte, Heilpraktiker oder sonstigen Therapeuten:

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 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, Entwicklungsstörungen, Unfallfolgen, Behandlungen, Untersuchungen; Name der Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel	von	bis	Die genannten Behandlungen bzw. Untersuchungen waren Routineuntersuchungen ohne krankhaften Befund	Die Beschwerden, Krankheiten, Entwicklungsstörungen, Unfallfolgen sind folgenlos ausgeheilt:			Dauer von Arbeitsunfähigkeiten	
					Nein, es sind weitere Behandlungen geplant und zwar:	Nein, es sind keine weiteren Behandlungen geplant	Ja, seit	von	bis
							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"/>				
				<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) der zu versichernden Person

* Definition s. Schluss-erklärungen unter B. 4.

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 SGB IV, § 8a SGB IV mehr als die Geringfügigkeitsgrenze? ja nein

Angaben zu Zeiten der Schul-/Berufsausbildung bzw. der Unterbrechung dieser Zeiträume, 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 § 58b des Soldatengesetzes. 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 versichert oder ist mindestens ein Elternteil beitragsfrei als Kind eines PPV-Beitragspflichtigen versichert (Anwartschaften gelten hierbei nicht als beitragspflichtige Versicherung)? 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 SGB IV, § 8a SGB IV mehr als die Geringfügigkeitsgrenze? ja nein

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen auf den Seiten 4 von 6 bis 6 von 6 des Hauptantrags (MK 003).

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person (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 ausgehändigst: ja nein

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