

## Ich möchte meinen Krankenversicherungsschutz ergänzen.

Beantragter Versicherungsbeginn

0 1 M M 2 0 J J

VE

AD-Nr.

Versicherungsnummer

MAK 119 04.24 PDF A  
003324-090-000290

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

### Gewünschte Ergänzung

1	<b>Versicherte Person 1</b>		<b>Versicherte Person 2</b>		
	Name				
	Vorname				
	Geburtsdatum		TT.MM.JJJJ		
2	<b>Gewünschte Ergänzung</b>	Tarif	<b>Monatsbeitrag</b>	Tarif	<b>Monatsbeitrag</b>
	<input type="checkbox"/> EKV2	_____ EUR	<input type="checkbox"/> EKV2	_____ EUR	<input type="checkbox"/> KVS1
zum bereits bestehenden Tarif		<input type="checkbox"/> KVS1	<input type="checkbox"/> KVS3		
<b>Gesamter monatlicher Mehrbeitrag</b>					<b>EUR</b>

### Antragsteller (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.	
---	--	--

### Angaben zum Gesundheitszustand

**Wir verweisen an dieser Stelle 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.**

	Versicherte Person 1	Versicherte Person 2
1. Besteht derzeit eine Krebserkrankung (bösartige Neubildung) oder ein Hirntumor (auch gutartig) bzw. ist eine solche Erkrankung nicht seit mindestens 5 Jahren vollständig ausgeheilt oder ist aufgrund eines Verdachts auf eine solche Erkrankung eine Untersuchung angeraten bzw. steht ein Untersuchungsergebnis aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. 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	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl: <input type="checkbox"/> nein
3. Finden derzeit Zahnersatzmaßnahmen (z. B. Implantate, Kronen, Inlays) statt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Sind Zahnersatzmaßnahmen (z. B. Implantate, Kronen, Inlays) für die Zukunft angeraten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. 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	<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.**

**Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die angeratene Zahnersatzmaßnahme.“ einverstanden.**

**Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für kieferorthopädische Behandlungen.“ einverstanden.**

Sofern bereits Tarif EKV besteht, bitte nur Frage 1. beantworten.

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

5	<b>Empfangsbestätigung</b>	Ich bestätige, am _____ folgende Unterlagen erhalten zu haben:	Verbraucherinformation	Version (z. B. Januar 2024)
		<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 beantragten Tarif,</li> <li>Durchschrift/Kopie des „Beratungsprotokolls“.</li> </ul>	Vollversicherung	
		1. Unterschrift des Antragstellers		
				
Mit diesem Antrag möchte ich meinen Krankenversicherungsschutz ergänzen.				
Ort, Datum		2. Unterschrift des Antragstellers	Unterschriften der zu versichernden Personen (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)	
				
<p><b>Ja, ich möchte auch weiterhin gut informiert bleiben und keine aktuellen Aktionen der HanseMerkur Versicherungsgruppe verpassen!</b></p> <p>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.</p> <p>* Die HanseMerkur Versicherungsgruppe umfasst die folgenden Unternehmen: HanseMerkur Krankenversicherung AG, HanseMerkur Spezielle Krankenversicherung AG, HanseMerkur Lebensversicherung AG, HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG, HanseMerkur Reiseversicherung AG, Advivon Versicherung AG, HanseMerkur International AG, H.B.C. Hanse Betreuungszentrum GmbH sowie die mich betreuenden Ausschließlichkeitsvermittler der vorgenannten Unternehmen</p>			<p>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.</p> <p>Bitte informieren Sie mich per:</p> <p><input type="checkbox"/> E-Mail und Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Telefon</p> <p><b>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.</b></p>	
Der vorstehende Versicherungsantrag wurde ( <input type="checkbox"/> 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:

Unterabschnitt 1 - Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

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;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbstständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7.
  - a) gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrags sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
  - b) alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12.
  - a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
  - b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;

16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

#### Unterabschnitt 2 - Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Krankenversicherung

Bei dieser Krankenversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
4. Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen, sowie auf die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
5. einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;
6. einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Basistarif beschränkt ist;
7. eine Übersicht in Euro über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatliche Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren jeweils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie sie mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.

Ende der  
Widerrufsbelehrung