

## Umstellung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung im Rahmen des Optionsrechts im 4. Versicherungsjahr

Beantragter Versicherungsbeginn

0 1 | M M | 2 0 | J J

VE

AD-Nr.

Versicherungsnummer

A 0 0 0 1 6

MK 139 07.24 PDF A  
003590-091-000290

Antragsteller/Versicherungsnehmer Herr  Frau

1

Titel/Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße, Postfach/  
 Zustellergänzung \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Geburts-  
 Postleitzahl/ Wohnort \_\_\_\_\_ datum TT.MM.JJJJ

Versicherte Person Herr  Frau

2

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburts-  
 datum TT.MM.JJJJ

Gewünschter Versicherungsschutz

3

Tarif(e)	Tariflicher Monats- beitrag in EUR	Tarif(e)	Tariflicher Monats- beitrag in EUR	Tarif(e)	Tariflicher Monats- beitrag in EUR	Tarif(e) / Tarifklasse	Tariflicher Monats- beitrag in EUR	Tarif(e) / Tarifklasse	Tariflicher Monats- beitrag in EUR
<input type="checkbox"/> AZP	_____	<input type="checkbox"/> KVT500	_____	<input type="checkbox"/> KVS1	_____	<input type="checkbox"/> PSV	_____	<input type="checkbox"/> BEN/	_____
<input type="checkbox"/> EGO2	_____	<input type="checkbox"/> KVT1000	_____	<input type="checkbox"/> KVS3	_____	<input type="checkbox"/> KH/	_____	<input type="checkbox"/> SBE/	_____
<input type="checkbox"/> PS3	_____		_____	<input type="checkbox"/> KVP	_____	<input type="checkbox"/> KUT/	_____	Gesetzlicher Zuschlag (GZ)	_____
				<input type="checkbox"/> EKV2	_____				

Monatlicher Gesamtbeitrag \_\_\_\_\_ EUR

Für die Tarife AZP und KVP:

Ich entscheide mich für die Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen als  Beitragsstundung  garantierte Beitragsrückerstattung

Dafür endende Tarife: \_\_\_\_\_

Bankverbindung und Zahlungsweise


4

Mandat für SEPA-Basislastschriften für wiederkehrende Zahlungen

Wenn der Antragsteller nicht der Beitragszahler ist, muss das Formular RW 010 (Mandatserteilung für abweichende Beitragszahler) ausgefüllt werden.

SEPA-Mandatserteilung siehe Schluss-  
erklärungen

IBAN \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_ Graue Felder nur für nicht deutsche IBAN erforderlich.

Datum \_\_\_\_\_ 1. Unterschrift des Antragstellers 

Zahlungs-  
weise

monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

Beitragsbescheinigung für den Arbeitgeber:

ja  nein

Empfangsbestätigung und Unterschriften (Bitte unterschreiben Sie hier zweimal)

Empfangs-  
bestätigung

Ich bestätige, am \_\_\_\_\_ folgende Unterlagen erhalten zu haben:


Verbraucherinformation

Version (z. B. März 2024)

Vollversicherung




- 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),
- gesonderte „Widerrufsbelehrung“,
- „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“ je beantragten Tarif,
- „Individuelle Informationen zu Ihrer Krankenversicherung“ je zu versichernde Person,
- Durchschrift/Kopie des „Beratungsprotokolls“.

2. Unterschrift des Antragstellers 

5

Mit diesem Antrag möchte ich den oben genannten Krankenversicherungsschutz im Rahmen des Optionsrechts umstellen. Mir ist bekannt, dass das Optionsrecht einmalig in Anspruch genommen werden kann.

Ort, Datum

3. Unterschrift des Antragstellers 

Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)

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, Advignon Versicherung AG, HanseMerkur International AG,  
 H.B.C. Hanse Betreuungszentrum GmbH sowie die mich betreuenden Ausschließlichkeits-  
 vermittler 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.

VM-Nr.

Unterschrift und Stempel des Vermittlers/Name in Druckbuchstaben



MK 139 07.24 PDF A 003590-091-000290-000000000001

## A. Wichtige Erläuterungen

### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins und der Verbraucherinformation ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die vollständige Widerrufsbelehrung finden Sie auf den Seiten 5 bis 7 in der Verbraucherinformation unter „Wichtige Informationen“.

## B. SEPA-Basislastschrift

### SEPA-Mandatserteilung

Kontoinhaber/Zahlungsgläubiger  
HanseMerkur Versicherungen  
Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)  
20354 Hamburg, Siegfried-Wedells-Platz 1  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74ZZZ0000066149  
Mandatsreferenz ist die Versicherungsnummer und wird beim Neugeschäft nachträglich bekannt gegeben.

**Ich ermächtige/Wir ermächtigen die HanseMerkur Versicherungen GbR zugunsten der HanseMerkur Krankenversicherung AG Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.**

**Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die von HanseMerkur Versicherungen GbR auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.**

**Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Zahlungstermin

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Abbuchung des Beitrages frühestens 5 Tage ab Ausstellungsdatum des Versicherungsscheines erfolgen wird.

## C. Optionsrecht auf höherwertigen Versicherungsschutz

Der Versicherungsnehmer erhält für jede versicherte Person, die sich im 4., 6. oder 8. Versicherungsjahr - gerechnet ab Beginn des Vollversicherungsschutzes - befindet, neben dem Tarifwechselrecht nach § 204 VVG die Möglichkeit, einmalig zu erleichterten Bedingungen in einen höherwertigen Versicherungsschutz der HanseMerkur Krankenversicherung AG zu wechseln, sofern ab Beginn der Krankheitskostenvollversicherung bei der HanseMerkur ununterbrochen Versicherungsschutz nach den Tarifen KVP, KVS1, KVS3, KVG1, KVG2, KVG3, KVE1, KVE2 oder KVE3 bestanden hat. Bei Umstellung im 4. Versicherungsjahr wird auf eine erneute Gesundheitsprüfung und auf Risikozuschläge aufgrund zwischenzeitlich neu aufgetretener Krankheiten verzichtet. Beitragszuschläge oder Leistungseinschränkungen können nur für Diagnosen vergeben werden, die bereits beim bisherigen Versicherungsschutz zu einem Risikozuschlag oder zu Leistungseinschränkungen geführt haben. Bei Umstellung im 6. Versicherungsjahr bzw. im 8. Versicherungsjahr kann für hinzukommende Teile des Versicherungsschutzes (Mehrleistung) ein Risikozuschlag gemäß § 8a (4) MB/KK 2009 verlangt werden, sofern ein erhöhtes Risiko vorliegt. Der für neu festgestellte Diagnosen vergebene Risikozuschlag für die Mehrleistung ist bei Umstellung im 6. Versicherungsjahr auf 50 % und bei Umstellung im 8. Versicherungsjahr auf 100 % des auf die Mehrleistung entfallenden Anteils des individuellen Tarifbeitrags beschränkt. Bereits bestehende Risikozuschläge werden bei der jeweiligen Umstellung gemäß § 8a (3) MB/KK 2009 angepasst.

Für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes sind keine Wartezeiten einzuhalten. Für laufende Versicherungsfälle wird ab dem Umstellungstermin nach den dann geltenden Tarifen geleistet.

Eine Umstellung der Versicherung für Kinder, die nach den Bestimmungen der Kinder- nachversicherung gemäß § 2 (2) und (3) MB/KK 2009 versichert wurden, darf zu erleichterten Bedingungen nur in Tarife erfolgen, die nicht höherwertig als der Versicherungsschutz eines Elternteils sind. Zusätzlich zu den zulässigen Umstellungsterminen kann die Umstellung auch gleichzeitig mit der Ausübung des Optionsrechts eines Elternteils erfolgen. In diesem Fall ist die Versicherungsdauer dieses Elternteils maßgeblich.