

Ich möchte meinen Krankenversicherungsschutz erweitern.

Versicherungsbeginn

0 1 M M 2 0 J J

Versicherungsnummer

Abschlussvermittler-Nr.

MAK 123 06.26 PDF A
003816-101-000290

Gewünschter Versicherungsschutz

1		Versicherte Person 1	Versicherte Person 2	
Name		_____	_____	
Vorname		_____	_____	
Geburtsdatum		TT.MM.JJJJ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	TT.MM.JJJJ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Gewünschter Versicherungsschutz als Ergänzung zum Tarif AZP	Tarif	_____	_____	
	Tariflicher Monatsbeitrag	_____ EUR	_____ EUR	
	Gesetzlicher Zuschlag (GZ)	_____ EUR	_____ EUR	
	<input type="checkbox"/> EGO2	_____ EUR	_____ EUR	
	Mit Abschluss des Tarifs EGO2 endet der Tarif EGO.		Mit Abschluss des Tarifs EGO2 endet der Tarif EGO.	
	Monatlicher Gesamtbeitrag für Tarif EGO2 für versicherte Person 1	_____ EUR	Monatlicher Gesamtbeitrag für Tarif EGO2 für versicherte Person 2	_____ EUR


Versicherungsnehmer (Antragsteller)

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

Zahlungsweise



3	Die bisher für diesen Vertrag vereinbarte Zahlungsweise gilt unverändert weiter.

Angaben zum Gesundheitszustand

 Die Gesundheitsfragen 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. 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.

4		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
Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die bereits begonnene Zahnersatzmaßnahme.“ einverstanden.			
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
Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die angeratene Zahnersatzmaßnahme.“ einverstanden.			
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 kieferorthopädische Behandlungen.“ einverstanden.			

Empfangsbestätigung und Unterschriften (Bitte unterschreiben Sie hier zweimal)

5	Empfangsbestätigung	Ich bestätige, am _____ folgende Unterlagen erhalten zu haben:	Verbraucherinformation	Version (z. B. Juni 2026)
		<ul style="list-style-type: none"> Gesonderte „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)“; nebenstehend benannte „Verbraucherinformation(en)“, die darin enthaltenen Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie die Widerrufsbelehrung und die weiteren Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV), „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“ je beantragten Tarif, Durchschrift/Kopie des „Beratungsprotokolls“. 	Vollversicherung	_____
		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.	1. Unterschrift des Antragstellers	
		* Die HanseMerkur Versicherungsgruppe umfasst die folgenden Unternehmen: HanseMerkur Krankenversicherung AG, HanseMerkur Spezialer Krankenversicherung AG, HanseMerkur Lebensversicherung AG, HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG, HanseMerkur Reiseversicherung AG, Advigon Versicherung AG, HanseMerkur International AG, H.B.C. Hanse Betreuungcenter 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.	
		Mit diesem Antrag möchte ich meinen Krankenversicherungsschutz ergänzen. Mit meiner Unterschrift stimme ich zudem ausdrücklich zu, dass der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt, ggf. schon vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Die vollständige Widerrufsbelehrung finde ich auf den Seiten 5 bis 7 in der Verbraucherinformation unter „Wichtige Informationen“.	Bitte informieren Sie mich per: <input type="checkbox"/> E-Mail und Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> 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.
		Datum _____	2. Unterschrift des Antragstellers 	Unterschriften der zu versichernden Personen (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)
		Der vorstehende Versicherungsantrag wurde (<input type="checkbox"/> nicht) in meiner Gegenwart unterschrieben.	Unterschrift und Stempel des Vermittlers/Name in Druckbuchstaben	VM-Nr. _____

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“.

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist und haben Sie hierzu ausdrücklich zugestimmt, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Prämien zurückzugewähren. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten. Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalls aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.