

Ich möchte meinen Krankenversicherungsbeitrag und meinen Selbstbehalt im Alter reduzieren.

Versicherungsbeginn

0 1 M M 2 0 J J

versicherungsnummer

Abschlussvermittler-Nr.

BEN / SBE Aktion 06.26
PDF A 003411-101-000290

Gewünschter Versicherungsschutz

1

Name _____ Vorname _____

männlich weiblich divers

Geburtsdatum TT.MM.JJJJ _____

Gewünschte Beitragsentlastung im Alter (BEN)

Angebot 1	Angebot 2	Angebot 3
<input type="checkbox"/> _____ Monatlicher Beitrag _____ EUR	<input type="checkbox"/> _____ Monatlicher Beitrag _____ EUR	<input type="checkbox"/> _____ Monatlicher Beitrag _____ EUR

Gewünschte Selbstbehaltsermäßigung im Alter (Tarif SBE)

Angebot		
<input type="checkbox"/> _____ Monatlicher Tarifbeitrag _____ EUR	Gesetzlicher Zuschlag (GZ) _____ EUR	<input type="checkbox"/> _____ Monatlicher Beitrag _____ EUR
		Mehrbeitrag gesamt _____ EUR

Versicherungsnehmer (Antragsteller)

2

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

Zahlungsweise

3

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

Empfangsbestätigung und Unterschriften (Bitte unterschreiben Sie hier zweimal)

Empfangsbestätigung



Ich bestätige, am _____ folgende Unterlagen erhalten zu haben:

- Sonderbedingungen für die modifizierte Beitragszahlung (BEN)
- "Informationsblatt zu Versicherungsprodukten" (Modifizierte Beitragszahlung BEN)
- Tarif SBE
- "Informationsblatt zu Versicherungsprodukten" (Tarif SBE)
- gesonderte "Widerrufsbelehrung"
- Durchschrift/Kopie des "Beratungsprotokolls"

1. Unterschrift des Antragstellers

X _____

4

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 Spezialer 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.

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 habe ich als Anlage zum Antrag erhalten.

Datum _____

2. Unterschrift des Antragstellers

X _____

Der vorstehende Versicherungsantrag wurde (nicht) in meiner Gegenwart unterschrieben.

VM-Nr. _____

Unterschrift und Stempel des Vermittlers/Name in Druckbuchstaben



BEN / SBE Aktion 06.26 PDF A 003411 - 101 - 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“.

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 Versicherungsfalles aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

Sonderbedingungen für die modifizierte Beitragszahlung (BEN)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

Abschlussfähigkeit

Die Sonderbedingungen für die modifizierte Beitragszahlung können nur für versicherte Personen vereinbart werden, die bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG über einen Versicherungsschutz aus einer substitutiven Krankheitskostenversicherung verfügen oder diesen zum gleichen Zeitpunkt neu abschließen. Das Mindestalter bei Abschluss beträgt 20 Jahre.

Gegenstand der Vereinbarung

Mit diesen Sonderbedingungen wird ein monatlicher Beitragsnachlass im Alter vereinbart. Der Nachlass betrifft alle für die versicherte Person bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG bestehenden Krankheitskostentarife (einschließlich der Sonderbedingungen BEN) und reduziert den auf diese Tarife entfallenden monatlichen Gesamtbeitrag. Der Gesamtbeitrag ermäßigt sich ab dem 1. Januar des Jahres, in dem die versicherte Person das Alter 65 erreicht, um den vereinbarten Beitragsnachlass. Als Beitragsnachlass kann ein Mindestbetrag in Höhe von 10 EUR oder ein Vielfaches dieses Mindestbetrags vereinbart werden.

Bezeichnung

Der zum Alter 65 vereinbarte Beitragsnachlass wird bei der Bezeichnung der Sonderbedingungen angegeben. So bedeutet z. B. BEN/100, dass ein monatlicher Nachlass in Höhe von 100 EUR vereinbart ist.

Umfang des Beitragsnachlasses

Der monatliche Beitragsnachlass wird ab dem 1. Januar des Jahres berücksichtigt, in dem die versicherte Person das Alter 65 erreicht. Übersteigt der vereinbarte Beitragsnachlass den nicht reduzierten Gesamtbeitrag für die versicherten Krankheitskostentarife und diese Sonderbedingungen, wird der Beitragsnachlass auf die Höhe des Gesamtbeitrags gesenkt. Die gemäß diesen Sonderbedingungen gebildete Alterungsrückstellung bleibt dabei vollständig erhalten.

Beitragszahlungsdauer

Der Zusatzbeitrag für die modifizierte Beitragszahlung ist bis zur Beendigung der Sonderbedingungen, also auch nach Einsetzen des monatlichen Beitragsnachlasses, zu zahlen.

Änderungen des Beitragsnachlasses

Der vereinbarte Beitragsnachlass kann nur vor dem 1. Januar des Jahres, in dem die versicherte Person das Alter 65 erreicht, erhöht oder verringert werden. Der Zusatzbeitrag für die modifizierte Beitragszahlung ist abhängig von dem zum Zeitpunkt der Änderung erreichten Alter und ergibt sich jeweils aus den technischen Berechnungsgrundlagen.

Beitragsanpassung

Den Leistungen des Versicherers liegen die durchschnittlichen Vertragsdauern zugrunde. Diese können sich aufgrund einer veränderten Lebenserwartung der Versicherten ändern. Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung um mehr als 5 Prozent, so werden alle Zusatzbeiträge überprüft und ggf. mit Zustimmung des mathematischen Treuhänders angepasst.

Beendigung der Krankheitskostenversicherung

1. Endet die substitutive Krankheitskostenversicherung und wird sie ohne Unterbrechung bei einem anderen Unternehmen der Privaten Krankenversicherung fortgesetzt, so enden auch diese Sonderbedingungen, und die nach ihren technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Alterungsrückstellung wird als Teil des Übertragungswerts an das fortführende Unternehmen übertragen.
2. Endet die substitutive Krankheitskostenversicherung, ohne dass sie in unmittelbarem Anschluss bei einem anderen Unternehmen der Privaten Krankenversicherung fortgesetzt wird, und besteht zu diesem Zeitpunkt ein nicht substitutiver Krankheitskostentarif mit Alterungsrückstellung oder wird ein solcher Tarif neu abgeschlossen, so werden die Sonderbedingungen fortgeführt. Existiert kein entsprechender Tarif, so enden die Sonderbedingungen, und die hieraus gebildete Alterungsrückstellung wird zugunsten der Versichertengemeinschaft verwendet. Das gleiche gilt, wenn alle Krankheitskostentarife mit Alterungsrückstellung zu einem späteren Zeitpunkt enden.

Kündigung der Sonderbedingungen

Der Versicherungsnehmer kann die Sonderbedingungen zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Das erste Versicherungsjahr beginnt an dem Tag, der auf dem Versicherungsschein unter „Beginn“ angegeben ist; es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

Bestehen zum Zeitpunkt der Beendigung der Sonderbedingungen für die versicherte Person weiterhin Krankheitskostentarife mit Alterungsrückstellung, wird die nach den technischen Berechnungsgrundlagen der Sonderbedingungen gebildete Alterungsrückstellung sofort beitragsmindernd auf die Beiträge dieser Tarife angerechnet, soweit sie nicht als Übertragungswert an ein anderes Unternehmen der Privaten Krankenversicherung übergeht. Besteht keine solche Krankheitskostenversicherung fort, so wird die Alterungsrückstellung zugunsten der Versicherten-gemeinschaft verwendet.

Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz nach den Sonderbedingungen für die Modifizierte Beitragszahlung (BEN). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus den Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und den Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009), den Sonderbedingungen für die Modifizierte Beitragszahlung (BEN), dem Versicherungsantrag sowie dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Erweiterung der privaten Krankheitskostenvollversicherung. Sie senkt Ihre Beiträge im Alter in Form eines Beitragsnachlasses.



Was ist versichert?



Ein monatlicher Beitragsnachlass auf die Krankenversicherungsbeiträge in vereinbarter Höhe.



Was ist nicht versichert?



Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen sowie Tagegelder und Pflegekosten.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung [MB/KK 2009, TB/KK 2009] und den Sonderbedingungen für die Modifizierte Beitragszahlung (BEN), insbesondere in § 5 MB/KK 2009, TB/KK 2009.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?



Der Beitragsnachlass wird ab dem 1. Januar des Jahres berücksichtigt, in dem die versicherte Person das Alter 65 erreicht.



Der vereinbarte Beitragsnachlass kann nur vor dem 1. Januar des Jahres, in dem die versicherte Person das Alter 65 erreicht, erhöht oder verringert werden.



Wo bin ich versichert?



Ihr monatlicher Beitragsnachlass wird bedingungsgemäß gezahlt, solange Ihr Versicherungsschutz nach Krankheitskostentarifen bei der HanseMerkur besteht. Es ist unerheblich, ob Ihr gewöhnlicher Aufenthalt in Europa, Russland oder der Türkei liegt oder ob Sie sich vorübergehend im europäischen oder außereuropäischen Ausland aufhalten.



Welche Verpflichtungen habe ich?



Der Beitrag ist auch nach Einsetzen des Beitragsnachlasses zu entrichten.



Wann und wie zahle ich?



Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Bitte zahlen Sie die Beiträge jeweils am Ersten Ihrer gewählten Zahlungsperiode.



Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen, spätestens am Tag des Versicherungsbegins.



Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.



Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten.



Wann beginnt und endet die Deckung?



Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.



Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



Der Versicherungsschutz endet, wenn die Krankheitskostenversicherung (mit Alterungsrückstellung) bei der HanseMerkur beendet wird.



Der Versicherungsschutz endet, wenn die versicherte Person stirbt. Er endet auch, wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb Europas, Russlands und der Türkei verlegt, es sei denn, dass der Versicherungsschutz aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis oder diese Sonderbedingungen zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel, können Sie Ihren Vertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
- Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis insgesamt, so wird in beiden Fällen Ihre Kündigung nur wirksam, wenn Sie Ihrem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung, spätestens jedoch zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, nachweisen, dass die betreffenden versicherten Personen über einen anderweitigen Krankenversicherungsschutz verfügen, der die gesetzliche Pflicht zur Versicherung erfüllt und sich nahtlos an die gekündigte Versicherung anschließt.
- Wenn Sie oder eine in Ihrem Vertrag versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig werden, können Sie den Vertrag hinsichtlich dieser Person binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht außerordentlich rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Der Versicherer kann einen entsprechenden Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht verlangen. Das Gleiche gilt, wenn eine versicherte Person einen Anspruch auf Familienversicherung oder einen nicht nur vorübergehenden Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis erwirbt.

Tarif SBE

Krankheitskostentarif

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif SBE sind Personen, die eine substitutive Krankenversicherung (Vollversicherung) bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG abschließen oder abgeschlossen haben. Versicherungsfähigkeit besteht nur für die Dauer einer derartigen Vollversicherung. Der Tarif SBE ist nicht in Verbindung mit Tarif MINI abschließbar. Das Mindestalter bei Abschluss beträgt 20 Jahre.

II. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 MB/KK 2009 und TB/KK 2009)

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn ein Leistungsanspruch aus der Vollversicherung ab dem 1. Januar des Jahres begründet wird, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet. Der Versicherer zahlt in diesem Fall den vereinbarten Betrag, begrenzt auf die für diesen Versicherungsfall aus der Vollversicherung erstattungsfähigen Kosten, höchstens jedoch den für das Behandlungsjahr einzubehaltenden Selbstbehalt der Vollversicherung. Vor dem 1. Januar des Jahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, besteht aus Tarif SBE kein Leistungsanspruch. Tarifliche Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen aus der Vollversicherung für z. B. Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel und Fahrtkosten sind nicht erstattungsfähig. Treten innerhalb eines Versicherungsjahres mehrere Versicherungsfälle ein, wird insgesamt höchstens der vereinbarte Betrag und höchstens der für das Behandlungsjahr einzubehaltende Selbstbehalt der Vollversicherung erstattet.

Fällt aufgrund der Leistungspflicht eines anderen Kostenträgers kein Selbstbehalt aus der Vollversicherung an, entfällt die Leistungspflicht des Versicherers.

III. Höhe des vereinbarten Betrags

Der maximal zu erstattende Betrag pro Versicherungsjahr kann in 10 EUR-Stufen vereinbart und im laufenden Jahr zum 01.01. des Folgejahres nachträglich erhöht oder gesenkt werden. Diese Änderung ist dann ab dem 01.01. des Folgejahres für die nächsten 24 Monate gültig und kann erst danach erneut geändert werden.

Die Höhe des vereinbarten Betrags wird bei der Tarifbezeichnung angegeben. Wird z. B. 150 EUR vereinbart, so lautet die Tarifbezeichnung SBE/150.

IV. Anpassungsklausel

Ändert sich der Selbstbehalt der bestehenden Vollversicherung infolge einer Beitragsanpassung, einer Umstufung oder eines individuellen Tarifwechsels, so kann die Höhe des vereinbarten Betrags innerhalb von 2 Monaten nach dem Änderungszeitpunkt rückwirkend zum 01.01. des Jahres, in dem die Änderung stattgefunden hat, entsprechend angepasst werden.

V. Obliegenheiten

Ergänzend zu § 9 MB/KK 2009 und TB/KK 2009 bedarf der Abschluss einer weiteren Absicherung des Selbstbehalts der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Versicherers.

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang zu den MB/KK 2009 und TB/KK 2009) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die obige Obliegenheit verletzt wird. Der Versicherer kann unter den Voraussetzungen des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang zu den MB/KK 2009 und TB/KK 2009) innerhalb eines Monats nach Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

VI. Beendigung

1. Endet die Versicherung nach Tarif SBE, so wird die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Alterungsrückstellung beitragsmindernd auf den Beitrag einer bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG für die versicherte Person bestehenden Krankheitskostenversicherung angerechnet. Besteht keine solche Krankheitskostenversicherung, so verfällt die Rückstellung aus dem Tarif zugunsten der Versichertengemeinschaft.
2. Endet die Krankheitskostenversicherung einer versicherten Person, so endet auch die Versicherung nach Tarif SBE.

Der Versicherer verzichtet auf das Kündigungsrecht gemäß § 14 (1) MB/KK 2009.

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz nach Tarif SBE. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus den Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und den Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009), dem Tarif SBE, dem Versicherungsantrag sowie dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Ergänzung des Versicherungsschutzes zur privaten Krankheitskostenvollversicherung. Sie erweitert Ihre Absicherung gegen das Krankheitskostenrisiko.



Was ist versichert?



Die Erstattung des jährlichen Selbstbehalts der HanseMerkur-Vollversicherung bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung.



Was ist nicht versichert?



- × Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- × Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.
- × Tarifliche Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen für z. B. Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel und Fahrtkosten.
- × Aufwendungen, bei denen wegen der Leistungspflicht eines anderen Kostenträgers kein Selbstbehalt aus der Vollversicherung anfällt.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung [MB/KK 2009, TB/KK 2009] und dem Tarif SBE, insbesondere in § 5 MB/KK 2009, TB/KK 2009.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?



- ! Die Erstattung des jährlichen Selbstbehalts ist bis maximal zum vereinbarten Betrag und bis maximal zu den in der Vollversicherung erstattungsfähigen Kosten möglich.
- ! Vor dem 1. Januar des Jahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, besteht aus Tarif SBE kein Leistungsanspruch.



Wo bin ich versichert?



Versichert sind Heilbehandlungen in Europa, Russland und der Türkei, darüber hinaus auch im ersten Monat eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland. Muss die versicherte Person dort jedoch wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus verbleiben, hat sie solange Versicherungsschutz, bis sie die Rückreise ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. In anderen Fällen verringern sich die Leistungen ab Beginn des zweiten Monats im außereuropäischen Ausland um ein Drittel. Die Leistungen sind in jedem Fall auf die Höhe begrenzt, die bei einer Behandlung im Inland angefallen wäre.



Bei vorübergehendem Aufenthalt im europäischen oder außereuropäischen Ausland können Sie durch Besondere Bedingungen (Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung, auf das Krankenhausentgeltgesetz oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen vereinbaren.



Auch bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das europäische Ausland können Sie durch Besondere Bedingungen (Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung, auf das Krankenhausentgeltgesetz oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen vereinbaren.



Welche Verpflichtungen habe ich?



Auf Verlangen müssen Sie und die versicherten Personen dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.



Wann und wie zahle ich?



Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Bitte zahlen Sie die Beiträge jeweils am Ersten Ihrer gewählten Zahlungsperiode.



Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen, spätestens am Tag des Versicherungsbeginns.



Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.



Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn die Krankheitskostenversicherung bei der HanseMerkur beendet wird.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn die versicherte Person stirbt. Er endet auch, wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb Europas, Russlands und der Türkei verlegt, es sei denn, dass der Versicherungsschutz aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis oder einen einzelnen Tarif zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel, können Sie Ihren Vertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
- Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis insgesamt, so wird in beiden Fällen Ihre Kündigung nur wirksam, wenn Sie Ihrem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung, spätestens jedoch zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, nachweisen, dass die betreffenden versicherten Personen über einen anderweitigen Krankenversicherungsschutz verfügen, der die gesetzliche Pflicht zur Versicherung erfüllt und sich nahtlos an die gekündigte Versicherung anschließt.
- Wenn Sie oder eine in Ihrem Vertrag versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig werden, können Sie den Vertrag hinsichtlich dieser Person binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht außerordentlich rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Der Versicherer kann einen entsprechenden Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht verlangen. Das Gleiche gilt, wenn eine versicherte Person einen Anspruch auf Familienversicherung oder einen nicht nur vorübergehenden Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis erwirbt.

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.

Sie können Ihr Widerrufsrecht auch online unter <https://www.hansemerkur.de/widerruf> ausüben. Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermitteln wir Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z. B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

Widerrufsfolgen

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; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich zeitanteilig vom Beginn des Vertrags bis zum Zugang des Widerrufs errechnet. Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalls aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.

Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für den Versicherer mit dem Zugang und für den Versicherungsnehmer mit der Abgabe der Widerrufserklärung.

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. Ihnen dürfen durch die Ausübung des Widerrufsrechts keine Kosten entstehen.

Besondere Hinweise

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

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.

Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens zwölf Monate und 14 Tage nach dem Vertragsschluss.

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 Vertrags;
 - b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrags;

13. Angaben zur Beendigung des Vertrags, 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