

## Ergänzung zum Hauptantrag

gilt nur in Verbindung mit einem gleichzeitig eingereichten Hauptantrag (MK 003)

Ist kein Versicherungsbeginn eingetragen, wird der auf den Antragsingang folgende Monatserste beantragt.

Beantragter Versicherungsbeginn

T T M M 2 0 J J

MK 333 04.24 TR  
003061-093-000295

## Antrag auf Abschluss einer Kranken- und/oder Pflege(pflicht)versicherung

Alle im Antrag abgefragten Angaben 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. Bitte beachten Sie hierzu 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.

**Antragsteller**  
 Titel/Name/Firmenname, Gesellschaftsform \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Versicherungsnehmer Herr  Frau  Geburtsdatum TT.MM.JJJJ \_\_\_\_\_

**Weitere zu versichernde Person**  
 Herr  Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum TT.MM.JJJJ \_\_\_\_\_  
 Frau  Ausgeübte berufliche Tätigkeit(en) zum Zeitpunkt des beantragten Versicherungsbeginns \_\_\_\_\_ Steueridentifikations-Nr. \_\_\_\_\_  
 Status zur vorgenannten beruflichen Tätigkeit \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Wohnsitz in Deutschland seit \_\_\_\_\_  
 Ziffer \_\_\_\_\_ seit TT.MM.JJJJ \_\_\_\_\_ (siehe Rückseite B. 1.) (bei Status 3) \_\_\_\_\_  
**Bei Staatsangehörigen aus Drittstaaten:**  
 Liegt ein aktuell gültiger, mindestens auf 13 Monate befristeter Aufenthaltstitel vor?  ja  nein  
 Wird die Frage mit „ja“ beantwortet, fügen Sie bitte eine vollständige Kopie des Aufenthaltstitels bei.  
 Bei Auszubildenden: Art der Ausbildung \_\_\_\_\_ Dauer: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ

Gewünschte Tarife (Kranken- und/oder Pflege(pflicht)-versicherung)	Tarif/Tages- bzw. Monatssatz	Monatsbeitrag in EUR	Tarif/Tages- bzw. Monatssatz	Monatsbeitrag in EUR	Ich bin mit folgendem Risikozuschlag (RZ) einverstanden:		
					Tarif	RZ in EUR	Diagnose
Bitte bei Tage- bzw. Monatsgeldtarifen die gewünschte Höhe angeben z. B. T43/100.							
			<input type="checkbox"/> PGE	5,18			
			Gesetzlicher Zuschlag (GZ)				
			Risikozuschlag (RZ) (Details s. rechts)				
			<b>Monatlicher Gesamtbeitrag</b>				

Für folgende Tarife wird eine Anwartschaftsversicherung  AwVG  AwVK  AwVL gewünscht: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_  
 Sonstige Vereinbarungen: \_\_\_\_\_  
**Tarif AZP**  
 Ich entscheide mich für die Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen als  Beitragsstundung  garantierte Beitragsrückerstattung  
 Dafür endende Tarife: \_\_\_\_\_

**Wartezeiten** Ich beantrage die Anrechnung der Vorversicherung auf die Wartezeiten (nur möglich, sofern der Versicherungsbeginn bei der HanseMerkur im direkten Anschluss an die Vorversicherung der GKV/PKV bzw. SPV/PPV erfolgt).  Ja, Nachweis anbei.  Ja, Nachweis folgt.  Nein.

**Angaben zu Beihilfeleistungen**

Es besteht Anspruch auf	als	nach	Der Beihilfeanspruch besteht in folgender Höhe	Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder
<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Beamter/Angestellter	<input type="checkbox"/> Bund	%-Satz ambulant	_____
<input type="checkbox"/> Heilfürsorge	<input type="checkbox"/> Angehöriger	<input type="checkbox"/> Land	%-Satz stat. Regelleistung	
			<input type="checkbox"/> Pauschale Beihilfe	%-Satz stat. Wahlleistungen

Angaben zur letzten Kranken- und ggf. Pflege-Pflichtversicherung	ja	nein	KT-Höhe in EUR	KT ab der KW	von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ	Versicherer (Name/Gesellschaft, Anschrift, Sitz)	Gekündigt durch VR	VN
1. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gesetzliche Pflegeversicherung (SPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Private Krankheitskostenvollversicherung (PKV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Private Pflegepflichtversicherung (PPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Private Krankheitskostenversicherung bei einem EWR-Dienstleister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Private Reisekrankenversicherung (PRV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Angaben zum Einkommen, sofern Verdienstausschlag 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: \_\_\_\_\_ EUR  
 Dauer der Gehaltsfortzahlung \_\_\_\_\_ Tage  
 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

**Tarif PG** Mit Ihrer Antragsunterschrift geben Sie eine **Verpflichtungserklärung** ab, die Sie der Seite 6 von 6 des Hauptantrags entnehmen können.

**Tarif KTS** Mit Ihrer Antragsunterschrift geben Sie eine **Erklärung** ab, die Sie der Seite 6 von 6 des Hauptantrags entnehmen können.

**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.

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!





**Angaben zum Gesundheitszustand**

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 1**

Größe \_\_\_\_\_ cm

Gewicht \_\_\_\_\_ kg

- Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten, Anomalien (Fehlstellungen, Fehlbildungen, Körperimplantate) oder Unfallfolgen, die nicht ärztlich oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) behandelt wurden?  ja  nein
- Wurden in den letzten 3 Jahren Behandlungen/Untersuchungen von Ärzten oder Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) 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.  ja  nein
- Sind Behandlungen/Untersuchungen durch Ärzte oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) für die Zukunft angeraten?  ja  nein
- Erfolgt derzeit oder erfolgte in der Vergangenheit ein regelmäßiger Konsum von Drogen, Medikamenten oder Alkohol?  ja  nein
- Wurden in den letzten 5 Jahren Behandlungen/Untersuchungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen oder von Psychotherapeuten/Psychologen durchgeführt?  ja  nein
- Sind Behandlungen/Untersuchungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen oder von Psychotherapeuten/Psychologen für die Zukunft angeraten?  ja  nein
- 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?  ja  nein
- Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne), die nicht ersetzt sind und für die kein Lückenschluss besteht? Falls ja, bitte Anzahl angeben.  ja, Anzahl  nein
- Finden derzeit Zahnersatzmaßnahmen (z. B. Implantate, Kronen, Inlays) statt?  ja  nein  
**Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die bereits begonnene Zahnersatzmaßnahme.“ einverstanden.**
- Sind Zahnersatzmaßnahmen (z. B. Implantate, Kronen, Inlays) für die Zukunft angeraten?  ja  nein  
**Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die angeratene Zahnersatzmaßnahme.“ einverstanden.**
- Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren Parodontosebehandlungen/-untersuchungen statt oder sind solche für die Zukunft angeraten?  ja  nein  
**Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für Parodontosebehandlungen und Folgen.“ einverstanden.**
- Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren kieferorthopädische Behandlungen/Untersuchungen statt oder sind solche für die Zukunft angeraten?  ja  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 des Hausarztes, Zahnarztes bzw. behandelnder Fachärzte oder Heilpraktiker:

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, Unfallfolgen, Behandlungen, Untersuchungen; Name der Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel	von	bis	Die genannten Behandlungen bzw. Untersuchungen waren Routineuntersuchungen ohne krankhaften Befund <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Die Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen sind folgenlos ausgeheilt:			Dauer von Arbeitsunfähigkeiten	
					Nein, es sind weitere Behandlungen geplant und zwar:	Nein, es sind keine weiteren Behandlungen geplant	Ja, seit TT.MM.JJJJ	von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Ergänzende Angaben zur Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV)**

\* 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:

- Die zu versichernde Person:
  - ist als Student immatrikuliert. (bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen)  ja, bis zum \_\_\_\_\_  nein
  - befindet sich in einer Schul-/Berufsausbildung.  ja, bis zum \_\_\_\_\_  nein
  - leistet(e) ein freiwilliges soziales Jahr/ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes.  ja, von bis \_\_\_\_\_  nein
  - leistet(e) Wehr-/Zivildienst im Rahmen einer gesetzlichen Dienstpflicht.  ja, von bis \_\_\_\_\_  nein
  - leistet(e) freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes.  ja, von bis \_\_\_\_\_  nein
  - leiste(e) einen freiwilligen Dienst nach dem Bundes- oder Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst.  ja, von bis \_\_\_\_\_  nein
  - 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:

- 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

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 ausgehändigt:  ja  nein  
Unterschrift und Stempel des Vermittlers/Name in Druckbuchstaben VM-Nr.