

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 03.25 TR
003061-095-000295

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.

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

Antragsteller Herr Frau
 Versicherungsnehmer
 Titel/Name _____ Vorname _____
 Geburtsdatum TT.MM.JJJJ _____

Weitere zu versichernde Person
 Herr Frau
 Vorname _____ Name _____ Geburtsdatum TT.MM.JJJJ _____
 Geburtsname _____ Geburtsort _____ Geburtsland _____
 Ich habe Geschwister, die am selben Tag wie ich geboren sind (Zwillinge, Drillinge): ja nein
 Ausgeübte berufliche Tätigkeit(en) zum Zeitpunkt des beantragten Versicherungsbeginns _____ Steueridentifikations-Nr. _____
 Status zur vorgenannten beruflichen Tätigkeit _____ Staatsangehörigkeit _____ Wohnsitz in Deutschland seit TT.MM.JJJJ _____
 Ziffer (siehe Rückseite B. 1.) _____ seit TT.MM.JJJJ _____ (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 TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ _____

Gewünschte Tarife (Kranken- und/oder Pflege(pflicht)-versicherung)	Tarif/Tages- bzw. Monatsatz	Monatsbeitrag in EUR	Tarif/Tages- bzw. Monatsatz	Monatsbeitrag in EUR	Ich bin mit folgendem Risikozuschlag (RZ) einverstanden:		
					Tarif	RZ in EUR	Diagnose

Für folgende Tarife wird eine Anwartschaftsversicherung gewünscht: AwVG AwVK AwVL Grund: _____
 Sonstige Vereinbarungen: _____
 PGE 5,18
 Gesetzlicher Zuschlag (GZ) _____
 Risikozuschlag (RZ) (Details s. rechts) _____
Monatlicher Gesamtbeitrag _____
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: _____

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

Angaben zur letzten Kranken- und ggf. Pflege-Pflichtversicherung (bitte Zutreffendes ankreuzen und nähere Angaben machen)	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	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						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 Verdienstausfall 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:
 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 Dauer der Gehaltsfortzahlung _____ Tage
 _____ EUR

Tarif PG

Sind Sie werdendes Elternteil? ja nein **Ärztlich errechneter Geburtstermin des leiblichen Kindes** TT.MM.JJJJ
 Im Falle einer anstehenden Geburt kann die Versicherung der zukünftigen Eltern frühestens zum 01. des angegebenen Geburtsmonats beginnen.

Beabsichtigen Sie eine Adoption? ja nein
 Im Falle einer beabsichtigten Adoption kann die Versicherung erst nach erfolgter Adoption abgeschlossen werden. Bitte reichen Sie zu gegebener Zeit einen neuen Antrag ein.

Mit Ihrer Antragsunterschrift geben Sie eine **Verpflichtungserklärung** ab, die Sie der Seite 6 von 6 dieses 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.



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

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten, Anomalien (Fehlstellungen, Fehlbildungen, Körperimplantate), Entwicklungsstörungen oder Unfallfolgen, die nicht ärztlich oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) behandelt wurden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. 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. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Sind Behandlungen/Untersuchungen durch Ärzte oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) für die Zukunft angeraten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Erfolgt derzeit oder erfolgte in der Vergangenheit ein regelmäßiger Konsum von Drogen, Medikamenten oder Alkohol? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Wurden in den letzten 5 Jahren Behandlungen/Untersuchungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen oder von Psychotherapeuten/Psychologen durchgeführt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Sind Behandlungen/Untersuchungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen oder von Psychotherapeuten/Psychologen für die Zukunft angeraten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. 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? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. 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 | |
| 9. Finden derzeit Zahnersatzmaßnahmen (z. B. Implantate, Kronen, Inlays) statt?
Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die bereits begonnene Zahnersatzmaßnahme.“ einverstanden. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Sind Zahnersatzmaßnahmen (z. B. Implantate, Kronen, Inlays) für die Zukunft angeraten?
Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für die angeratene Zahnersatzmaßnahme.“ einverstanden. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 11. Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren Parodontosebehandlungen/-untersuchungen statt oder sind solche für die Zukunft angeraten?
Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für Parodontosebehandlungen und Folgen.“ einverstanden. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Finden derzeit oder fanden in den letzten 3 Jahren kieferorthopädische Behandlungen/Untersuchungen statt oder sind solche für die Zukunft angeraten?
Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für kieferorthopädische Behandlungen.“ einverstanden. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

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, Entwicklungsstörungen, Unfallfolgen, Behandlungen, Untersuchungen; Name der Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel	von	bis	Die genannten Behandlungen bzw. Untersuchungen waren Routineuntersuchungen ohne krankhaften Befund	Die Beschwerden, Krankheiten, Entwicklungsstörungen, 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"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>				
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<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:

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

3. 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

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen auf den Seiten 4 von 6 bis 6 von 6 des Hauptantrags (MK 003).

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