

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) – gilt nicht für die ergänzende Pflege-Krankenversicherung. Ja, Nachweis anbei. Ja, Nachweis folgt. Nein.

Angaben zu Beihilfeleistungen **Es besteht Anspruch auf** **als** **nach** **Der Beihilfeanspruch besteht in folgender Höhe** Anzahl der berücksichtigenden Kinder

Beihilfe Beamter/Angestellter Bund Pauschale Beihilfe ambulant stat. Regelleistung stat. Wahlleistungen

Heilfürsorge Angehöriger Land

Angaben zur letzten Kranken- und ggf. Pflege-Pflichtversicherung (bitte Zutreffendes ankreuzen und nähere Angaben machen)

Wenn zuletzt keine Vorversicherung bei einer deutschen Gesetzlichen oder deutschen Privaten Krankenversicherung bestand, benötigen wir eine Kopie der Ausweisepapiere.

	ja	nein	KT-Höhe in EUR	KT ab der KW	von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ	Versicherer (Name/Gesellschaft, Anschrift)	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 Verdienstaufschlag 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 _____

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

 **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.**

Angaben zum Gesundheitszustand **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- und/oder Nebenhöhlenbeschwerden auftreten. 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 und/oder bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten, Anomalien (auch Implantate [z. B. Brustimplantate]) und/oder Unfallfolgen (ggf. Kostenträger nennen), die nicht ärztlich und/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 und/oder Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) durchgeführt und/oder sonstige Gesundheitsstörungen/Anomalien festgestellt? (Auch solche, die der Feststellung einer bestehenden oder abgelaufenen Virusinfektion [z. B. Hepatitis, HIV] dienen und/oder die zu einem anderen krankhaften Befund [z. B. Rheuma, Allergien, Asthma] führten.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Sind Behandlungen/Untersuchungen durch Ärzte und/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 und/oder Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Wurden in den letzten 5 Jahren Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und/oder von Psychotherapeuten/Psychologen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Sind Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und/oder von Psychotherapeuten/Psychologen für die Zukunft angeraten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Bestehen und/oder bestanden behördlich anerkannte gesundheitliche Schäden (z. B. Wehr- oder Kriegsdienstbeschädigungen, Schäden aufgrund von [Arbeits-]Unfällen/Berufskrankheiten, sonstige Schäden)? Falls ja, bitte Versorgungs- und ggf. Rentenbescheid beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Fehlen Zähne im natürlichen Gebiss, die noch nicht ersetzt sind? Falls ja, bitte Anzahl angeben. (Vollständiger Lückenschluss, Weisheits- und Milchzähne gelten nicht als fehlende Zähne.)	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> nein
9. Finden derzeit zahnärztliche Maßnahmen statt? (Behandlung und/oder Anfertigung und/oder Erneuerung von Zahnersatz/Implantaten/Kronen/In- bzw. Onlays [Einlagefüllungen bzw. Teilkronen])	<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.	
10. Sind zahnärztliche Maßnahmen für die Zukunft angeraten? (Behandlung und/oder Anfertigung und/oder Erneuerung von Zahnersatz/Implantaten/Kronen/In- bzw. Onlays [Einlagefüllungen bzw. Teilkronen])	<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.	
11. Finden derzeit und/oder fanden in den letzten 3 Jahren Parodontosebehandlungen/-untersuchungen statt und/oder sind solche für die Zukunft angeraten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, bin ich mit der Vereinbarung „Die Leistungspflicht entfällt für Parodontosebehandlungen und Folgen.“ einverstanden.	
12. Finden derzeit und/oder fanden in den letzten 3 Jahren kieferorthopädische Behandlungen/Untersuchungen statt und/oder sind solche für die Zukunft angeraten?	<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.	

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) beigelegt: ja, Anzahl | _____ nein

Zu Frage- bzw. 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	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"/> 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"/>				