HanseMerkur

Individuelle Informationen zu Ihrer Krankenversicherung 01.04.2026

Guten Tag, Maxi Muster,

die folgende Darstellung soll Ihnen einen Überblick über die aktuelle Beitragsberechnung der Ihnen vorgeschlagenen **Kranken- und Pflegeversicherung** verschaffen. Bitte beachten Sie, dass der Inhalt dieser Informationen nicht abschließend ist. Den vollständigen Vertragsinhalt entnehmen Sie bitte den Tarif- und Versicherungsbedingungen, evtl. weiteren getroffenen Vereinbarungen sowie Ihrem Versicherungsschein.

Beitrag

Der Gesamtbeitrag für Sie (Maxi Muster), geboren am 01.01.2001, beträgt vorbehaltlich einer Antragsprüfung zum Versicherungsbeginn 01.04.2026 monatlich 101,54 EUR. Er setzt sich zusammen aus den Beiträgen nachfolgender Tarife:

CCS	69,62	EUR
PVN	31,92	EUR
Gesamtbeitrag	101,54	EUR

Die erste Beitragsrate zahlen Sie bitte unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins, bei vorzeitigem Zugang des Versicherungsscheins zum Tag des Versicherungsbeginns. Die Fälligkeit der Beiträge und eventuell Nachlässe richtet sich nach der von Ihnen gewünschten Zahlungsweise (monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich). Bitte zahlen Sie die Beiträge jeweils am Ersten Ihrer gewählten Zahlungsperiode, z. B. bei monatlicher Zahlungsweise immer am Ersten eines jeden Monats. Bitte beachten Sie hierzu auch den § 8 (ggf. 9) "Beitragszahlung" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

In den Beitrag sind Zuschläge zur Finanzierung von Abschluss- und Vertriebskosten einmalig in Höhe von 63,84 EUR sowie monatlich von 17,33 EUR einkalkuliert. Die zusätzlich im Beitrag enthaltenen Verwaltungskosten betragen monatlich 5,80 EUR. Sonstige Kosten fallen nicht an.

Beispielhafte Beitragsentwicklung

Zu Ihrer Information stellen wir Ihnen die Beitragsentwicklung des von Ihnen gewünschten Versicherungsschutzes für die letzten 10 Jahre in EUR dar (Beispiel: Alter 35 Jahre ohne Beitragsermäßigung und Rabatte). Die Beiträge enthalten nicht den ‚Gesetzlichen Zuschlag', der zur Entlastung der Beiträge im Alter dient, und keine Risikozuschläge.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CCS [1]										
PVN	22,74	26,74	26,74	35,67	45,86	45,86	45,86	70,03	70,03	70,03
Summe										

[1] Der CCS wurde 2019 eingeführt. Die Darstellung einer beispielhaften Beitragsentwicklung ist aufgrund der tariflichen Altersobergrenze für diesen Tarif leider nicht möglich.

Beachten Sie bitte, dass es sich bei dieser Darstellung um Werte für eine Person mit Eintrittsalter von 35 Jahren handelt, wenn sie den Versicherungsschutz vor 10 Jahren abgeschlossen hätte. Rückschlüsse auf eine zukünftige Beitragsentwicklung lassen sich daraus nicht ableiten.

Bitte lesen Sie sich in diesem Zusammenhang auch die Informationsblätter zu den einzelnen Versicherungsprodukten und die "Wichtigen Informationen" in Ihren Verbraucherinformationen aufmerksam durch.

Ihre HanseMerkur Krankenversicherung AG

Muster

HanseMerkur Krankenversicherung AG Siegfried-Wedells-Platz 1 20354 Hamburg Tel.: 040 4119-1100, Fax: -3257 www.hansemerkur.de

HanseMerkur

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Fragen im Versicherungsantrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1 in 20354 Hamburg schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Die Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung ist jedoch ausgeschlossen, wenn sie der Erfüllung der Versicherungspflicht dient.

Unser Kündigungsrecht ist ferner ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

ANZEIGE 04.18

Muster

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen. Die Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung, die der Erfüllung der Versicherungspflicht dient, wird jedoch erst wirksam, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie bei einem anderen Versicherer einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen haben, nach dem Sie ohne Unterbrechung versichert sind.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Muster

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

HanseMerkur Krankenversicherung AG

Deutschland HRB Hamburg 101967

HanseMerkur

Tarif CCS

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz nach Tarif CCS. 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 CCS, 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 befristete private Krankheitskostenvollversicherung für Studenten, Sprachschüler in Vorbereitung auf ein Studium, voruniversitäre Praktikanten, Doktoranden sowie Teilnehmer an Studienkollegs, die sich legal in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten und Weiterbildungsmaßnahmen absolvieren. Sie ersetzt den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz, erfüllt die gesetzliche Pflicht zur Versicherung und sichert Sie gegen das Krankheitskostenrisiko ab.

Was ist versichert?

- ✓ Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen.
- ✓ Aufwendungen für Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung.
- ✓ Transportkosten.
- ✓ Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich Kronen und Einlagefüllungen.
- ✓ Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung.
- ✓ Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld.
- ✓ Hebammenhilfe und häusliche Behandlungspflege.
- ✓ Art, Umfang und Höhe der Leistungen sind zum Teil eingeschränkt bzw. begrenzt.

Was ist nicht versichert?

- × Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- × Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.
- × Heilbehandlungen durch Heilpraktiker.
- × Erstattungen für Sehhilfen oder Sehschärfenkorrektur mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operationen).
- × Heilbehandlungen durch Ärzte nach Methoden der Besonderen Therapierichtungen (Hufeland-Leistungsverzeichnis).
- × Implantologische Leistungen.
- × Pflegehilfsmittel.
- × Inseminationen und künstliche Befruchtungen.
- × Wahlleistungen im Krankenhaus.
- × Stationäre Kur-, Heilstätten- bzw. Sanatoriumsbehandlungen.

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

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es besteht ein Selbstbehalt von 300 EUR pro Kalenderjahr.
- ! Ambulante Arzt- und Zahnarztbehandlung sowie stationäre Heilbehandlungen und die Entbindung werden bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattet.
- ! Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Versorgung mit im Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung in der jeweils geltenden Fassung aufgelisteten Hilfsmitteln in Standardausführung einschließlich Reparatur und Unterweisung im Gebrauch. Hilfsmittel müssen ärztlich verordnet werden.
- ! Erstattung ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen. Die Aufwendungen für psychotherapeutische Sitzungen werden zu 70 % erstattet. Die Anzahl der Sitzungen ist auf 50 pro Kalenderjahr begrenzt.
- ! Ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege sowie ambulante Rehabilitation möglich.
- ! Aufwendungen für
  - Zahnbehandlung werden zu 100 % bis kalenderjährlich 500 EUR erstattet; danach zu 50 %,
  - Zahnersatz werden zu 50 % bis kalenderjährlich 500 EUR erstattet; bei Unfall zu 100 % bis zu 2.500 EUR möglich,
  - kieferorthopädische Behandlungen werden nur für versicherte Personen erstattet, die bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

  Die Wartezeit für Zahnersatz und Kieferorthopädie beträgt 8 Monate.
- ! Krankenhaustagegeld ab 15. Tag 25 EUR für max. 20 Tage; das Genesungsgeld in Höhe von 1.500 EUR pro Versicherungsfall ist von einigen Voraussetzungen abhängig.

Muster

Wo bin ich versichert?

✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa, 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.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen die versicherten Personen alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- 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.
- Sie sind verpflichtet, die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit auf Verlangen jederzeit fristgerecht, innerhalb eines Monats nach Versand der Aufforderung nachzuweisen. Für die versicherte Person erfolgt bei Überschreiten der Frist die Umstufung in den Tarif KVS1 zum Ersten des Folgemonats.
- Sie sind verpflichtet, den Wegfall der Versicherungsfähigkeit, innerhalb einer Frist von einem Monat nach Wegfall in Textform mitzuteilen. Erfolgt keine Mitteilung oder wird die Frist überschritten, erfolgt die Umstufung in den Tarif KVS1 rückwirkend zum Ersten des Monats nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit.

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 einem Säumniszuschlag und Mahnkosten führen. Unter bestimmten Umständen können Beitragsrückstände dazu führen, dass den versicherten Personen nur noch Aufwendungen für Behandlungen akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erstattet werden.
- Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten.

Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Endet die Weiterbildungsmaßnahme oder wird sie um mehr als 6 Monate unterbrochen, endet der Versicherungsschutz nach Tarif CCS und wird in den Tarif KVS1 umgestuft.
- Der Versicherungsschutz nach Tarif CCS endet ebenfalls, wenn die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet bzw. spätestens nach einer Versicherungsdauer von 60 Monaten und wird in den Tarif KVS1 umgestuft.
- 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.

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 einer bedingungsgemäßen Altersumstufung, können Sie Ihren Vertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach der Beitragserhöhung zum Zeitpunkt der Änderung außerordentlich kündigen.
- In beiden Fällen wird 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.
- Zum Zeitpunkt der Umstufung in den Tarif KVS1 besteht ein Sonderkündigungsrecht innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach Umstufung.

Muster

Private Pflegepflichtversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

HanseMerkur Krankenversicherung AG

Deutschland HRB Hamburg 101967

HanseMerkur

Pflegepflichtversicherung - Tarif PVN

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz in der privaten Pflegepflichtversicherung. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Pflegepflichtversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (Bedingungsteil MB/PPV 2026), den Zusatzvereinbarungen für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten, dem Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB, 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 private Pflegeversicherung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten, die den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Pflegeversicherungsschutz (soziale Pflegeversicherung) ersetzt und die gesetzliche Pflicht zur Versicherung erfüllt. Sie sichert Sie gegen das Kostenrisiko der Pflegebedürftigkeit ab.

Was ist versichert?

- ✓ Aufwendungen für Leistungen der häuslichen Pflege, Tages- und Nachtpflege, vollstationären Pflege, Pflegekurse, Verbesserungen des Wohnumfeldes, Zahlung von Pflegegeld, soweit die Leistungen nach Grund und Höhe ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind.
- ✓ Pflegehilfsmittel werden in der Regel leihweise zur Verfügung gestellt.
- ✓ Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung der Pflegepersonen.
- ✓ Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung der Pflegeperson bei Pflegezeit.
- ✓ Die Leistungen sind nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig.

Was ist nicht versichert?

- × Besondere Komfortleistungen.
- × Kosten für Unterkunft und Verpflegung.
- × Berechnungsfähige Investitions- und sonstige betriebsnotwendige Kosten.
- × Ambulante, stationäre oder zahnärztliche Heilbehandlungen.
- × Missbräuchliche Leistungsinanspruchnahme.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung [Bedingungsteil MB/PPV 2026] und dem Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB, insbesondere in § 5 MB/PPV 2026.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Kostenerstattung ist jeweils der Höhe nach begrenzt.
- ! Die Höhe der Versicherungsleistung hängt davon ab, welchem Pflegegrad die versicherte Person zugeordnet wurde.
- ! Die Leistungen sind beschränkt auf das Versorgungsniveau und die Preise der sozialen Pflegeversicherung.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Vertragsleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.
- ✓ Unter bestimmten Voraussetzungen können auch einige Vertragsleistungen im Ausland in Anspruch genommen werden.
  - Versicherte Personen erhalten Pflegegeld beispielsweise auch bei Aufenthalten in einem Mitgliedstaat der europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz.
  - Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr erhalten versicherte Personen nur eingeschränkte Leistungen aus ihrer Pflegeversicherung.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen die versicherten Personen alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen sowie ggf. bereits festgestellter Pflegebedürftigkeit wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Um Leistungen zu erhalten, müssen Sie einen Antrag stellen. Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades werden Sie in der Regel in Ihrem Wohnbereich begutachtet.
- Damit eine Auszahlung der Leistungen erfolgen kann, müssen Sie die erforderlichen Nachweise erbringen.
- Den Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit müssen Sie dem Versicherer unverzüglich in Textform mitteilen.
- Anzuzeigen sind Änderungen in der Person und im Umfang der Pflegetätigkeit einer Pflegeperson, für die der Versicherer Leistungen zur sozialen Sicherung oder Leistungen bei Pflegezeit erbringt.
- Auf Verlangen müssen Sie und die versicherten Personen dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls, der Leistungspflicht und ihres Umfangs oder auch der Beitragseinstufung erforderlich ist.
- Sie sind verpflichtet, die Beiträge vollständig und rechtzeitig zu zahlen. Bei Verzug können Ihnen Zusatzkosten in Rechnung gestellt werden. Wenn Sie mit sechs oder mehr Monatsbeiträgen in Verzug sind, muss Ihr Versicherer Sie an das Bundesversicherungsamt melden und es kann gegen Sie ein Bußgeldverfahren eingeleitet werden.

Muster

Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten. Sie können Ihren Versicherer ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto mittels SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen; alternativ können Sie als Zahlungsweise die Überweisung wählen.
- Geraten Sie bei der privaten Pflegepflichtversicherung sechs oder mehr Monatsbeiträge in Verzug, kann Ihnen die zuständige Verwaltungsbehörde ein Bußgeld bis zu 2.500 EUR auferlegen.

Wann beginnt und endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags, nicht vor Zahlung des ersten Beitrags und nicht vor Ablauf der Wartezeit von zwei Jahren.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn die versicherte Person stirbt. Er endet auch, wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt, es sei denn, dass eine besondere Vereinbarung getroffen wird.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Endet die für eine versicherte Person bestehende Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung, z. B. wegen Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung, wegen Beendigung einer der Pflicht zur Versicherung genügenden privaten Krankenversicherung oder deren Fortführung bei einem anderen Versicherer, so kann der Versicherungsnehmer die private Pflegepflichtversicherung dieser Person binnen drei Monaten seit Beendigung der Versicherungspflicht rückwirkend zu deren Ende kündigen.
- Bei fortbestehender Versicherungspflicht wird Ihre Kündigung nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die betreffende versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.
- Nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland und Treffen einer besonderen Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Erhöhen sich in dieser Situation die Beiträge, 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.

Muster

HanseMerkur

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