

# Antrag auf Krankheitskosten-, Tagegeld-, Pflegetagegeld- und Pflegepflichtversicherungen

## Krankheitskostenvollversicherungen

<b>proME 1-A</b>	Krankheitskostentarif mit einer Erstattung bis zum 3,5-fachen Satz der GOÄ/GOZ für ambulante, stationäre (mit Chefarztbehandlung und Einbettzimmer) und zahnärztliche Heilbehandlung, für Kur- und Sanatoriumsbehandlung – ohne Selbstbehalt
<b>proME 1-C</b>	Krankheitskostentarif mit einer Erstattung bis zum 3,5-fachen Satz der GOÄ/GOZ für ambulante, stationäre (mit Chefarztbehandlung und Einbettzimmer) und zahnärztliche Heilbehandlung, für Kur- und Sanatoriumsbehandlung – mit Selbstbehalt in Höhe von 900 € für die ambulante Heilbehandlung
<b>proME aktivplus</b>	Krankheitskostentarif mit einer Erstattung bis zum 3,5-fachen Satz der GOÄ/GOZ für ambulante, stationäre (mit Chefarztbehandlung und Zweibettzimmer) und zahnärztliche Heilbehandlung – mit Selbstbehalt in Höhe von 450 € oder 900 € für die ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung
<b>proME aktiv</b>	Krankheitskostentarif mit einer Erstattung bis zum 3,5-fachen Satz der GOÄ für ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie zahnärztliche Heilbehandlung bis zum 2,3-fachen Satz der GOZ – mit Selbstbehalt in Höhe von 450 € oder 900 € für die ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung

## Krankheitskostenzusatzversicherungen für gesetzlich Versicherte

<b>proMEZAplus</b>	Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung (Sehhilfen, Heilmittel, Heilpraktikerleistung), Zahnersatz (70 % des Eigenanteils für Inlays, Kronen, Brücken, Prothesen, implantologische Leistungen) und Heilbehandlung im Ausland
<b>proME ZS</b>	Zusatzversicherung für stationäre Heilbehandlung (Chefarztbehandlung, Zweibettzimmer und Krankentransport)
<b>proMEZSplus</b>	Zusatzversicherung für stationäre Heilbehandlung (Chefarztbehandlung, Ein- oder Zweibettzimmer, Vor- und nachstationäre Behandlungen, Unterkunft und Verpflegung für ein Elternteil, Gesetzliche Zuzahlungen, Krankentransporte)
<b>ZE 70</b>	Zusatzversicherung für Zahnersatz (70 % des Eigenanteils; Regelversorgung 100 %)
<b>ZE 80</b>	Zusatzversicherung für Zahnersatz (80 % des Eigenanteils; Regelversorgung 100 %)
<b>ZE 90</b>	Zusatzversicherung für Zahnersatz (90 % des Eigenanteils; Regelversorgung 100 %)
<b>ZE 100</b>	Zusatzversicherung für Zahnersatz (100 % des Eigenanteils; Regelversorgung 100 %)
<b>ZB</b>	Zusatzversicherung für Zahnbehandlung (Zahnprophylaxe, Zahnbehandlung, Schmerzausschaltung, Kieferorthopädie)
<b>ZBplus</b>	Zusatzversicherung für Zahnbehandlung (Zahnprophylaxe, Zahnbehandlung, Schmerzausschaltung, Kieferorthopädie)
<b>proME Ambulant</b>	Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung (Sehhilfen, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Gesetzliche Zuzahlungen)
<b>proME Ambulantplus</b>	Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung (Sehhilfen, Operationen zur Sehschärfenkorrektur, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Gesetzliche Zuzahlungen, Hörgeräte)
<b>proME Natur</b>	Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung (Naturheilkundliche Untersuchungen und alternative Heilbehandlungen durch Heilpraktiker, Ärzte oder Osteopathen und die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei- und Verbandmittel)

## Tagegeldversicherungen

<b>proME KH</b>	Krankenhaustagegeldversicherung – für jeden Tag eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes
<b>proMETA</b>	Krankentagegeldversicherung für Arbeitnehmer – ab dem 43. Tag, 92. Tag, 183. Tag oder 365. Tag der Arbeitsunfähigkeit
<b>proMETSplus</b>	Krankentagegeldversicherung für Selbstständige – ab dem 15. Tag, 29. Tag, 43. Tag oder 92. Tag der Arbeitsunfähigkeit

## Pflegetagegeldversicherungen

<b>proME Pflege</b>	Zahlung eines Pflegetagegeldes in den Pflegegraden 3, 4 und 5; darüber hinaus werden bei Pflegebedürftigkeit vertraglich geregelte Assistenzleistungen gemäß dem tariflichen Leistungsverzeichnis angeboten
<b>proME Pflegeplus</b>	Zahlung eines Pflegetagegeldes in den Pflegegraden 1, 2, 3, 4 und 5; darüber hinaus werden bei Pflegebedürftigkeit vertraglich geregelte Assistenzleistungen gemäß dem tariflichen Leistungsverzeichnis angeboten



**Mecklenburgische**  
KRANKENVERSICHERUNGS-AKTIENGESELLSCHAFT

*Ihr Vertrauen – unsere Verpflichtung*

# Krankheitskosten-, Tagegeld-, Pfl egetagegeld- und Pflegepflichtversicherungen

Antragsteller/in (Versicherungsnehmer/in)	Bei <input type="checkbox"/> ist Zutreffendes anzukreuzen.		VS-Nummer	- K	Agentur
	Zuname, Vorname		<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Telefon privat <sup>1)</sup>
	Straße, Haus-Nr.		Telefon geschäftlich <sup>1)</sup>		
	<input type="checkbox"/> Neuantrag	PLZ	Wohnort	Telefax geschäftlich / privat / E-Mail <sup>1)</sup>	
<input type="checkbox"/> Änderungsantrag	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Familienstand		
Steueridentifikationsnummer (IdNr.)					<sup>1)</sup> freiwillige Angaben

Zu versichernde Person	Zuname, Vorname				Geburtsdatum
	Adresse, falls abweichend				Staatsangehörigkeit
	Beziehung zum/zur Versicherungsnehmer/in <input type="checkbox"/> Ehegatte/Ehegattin <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind				
	Handelt es sich nicht um direkte Angehörige, muss ein separater Antrag aufgenommen werden (Erläuterungen siehe Seite 5).				
	Derzeitige berufliche Tätigkeit / Branche				Erlerner Beruf
	Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Selbstständige/r		
	Schule / Ausbildung / Studium	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja; voraussichtliches Ende	Sollte der Versicherungsschutz für mehr als eine zu versichernde Person beantragt werden, bitte ein weiteres Antragsformular verwenden und unter derselben VS-Nr. erfassen.	
Steueridentifikationsnummer (IdNr.)					

Einwilligungserklärung / IdNr.	Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, IdNr., geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von der Mecklenburgischen Krankenversicherungs-AG den Finanzbehörden übermittelt werden.				
	Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht oder eingeschränkt erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen (Erläuterungen siehe Seite 5).				
	Wenn die IdNr. nicht eingetragen oder nicht zutreffend ist, umfasst die vorstehende Einwilligung ebenfalls die Einwilligung in die Abfrage der IdNr. auf elektronischem Wege beim Bundeszentralamt für Steuern oder einer anderen Gesellschaft der Mecklenburgischen Versicherungsgruppe.				

SEPA-Lastschrift-Mandat	<input type="checkbox"/> Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen				
	Ich ermächtige die Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Mecklenburgischen Krankenversicherungs-AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.				
	Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der Lastschrifteinzug wird mir spätestens fünf Kalendertage vor der Fälligkeit des ersten Beitrages unter Angabe weiterer Fälligkeitstermine angekündigt.				
	<b>Die Mandatsunterschrift leiste ich als Antragsteller/in mit der Antragsunterschrift bzw. als abweichende/r Kontoinhaber/in mit einer separaten Unterschrift im Mandat.</b>				
IBAN:		Kreditinstitut:			
ggf. Name, Vorname und Unterschrift abweichender Kontoinhaber/in:					
Die Gläubiger-Identifikationsnummer der Mecklenburgischen Krankenversicherung-AG (Platz der Mecklenburgischen 1, 30625 Hannover) lautet: DE03MEK0000178201. Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt.					

Vertragsdaten / Zahlungsweise	Tarif	Selbstbehaltstufe (für Krankheitskostenvollversicherung (KKV))	Tagessatz	Zuschlag für fehlende Zähne je Zahn: 5 € für KKV	mtl. Tarifbeitrag für KKV inkl. gesetzlicher Zuschlag
	proME				
	proME				
	proME				
	proME				
	proME				
	proME				
	proME				
	PVN				
Versicherungsbeginn am:		01. .20	Zahlungsweise: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich		mtl. Gesamtbetrag €

Pflegepflichtversicherung	Liegt das monatliche Gesamteinkommen für das Jahr 2023 über 485 € (vgl. § 18 SGB IV, 1/7 der monatlichen Bezugsgröße als Grenze für die Familienversicherung) bzw. im Fall einer geringfügigen Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr.1 SGB IV über 520 €?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sind die Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern erfüllt? (Hinweis siehe Seite 5)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn der Ehepartner bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen pflegepflichtversichert ist: Name des Ehepartners?			
	Gesellschaft / ggf. seit wann?			
Liegt das monatliche Einkommen des Ehepartners in 2023 über 485 € (siehe § 18 SGB IV)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

<b>Angaben zu Einkommen und Beruf</b>	Durchschnittliche Arbeitseinkommen der letzten 12 Monate? (Hinweis siehe Seite 5) – bei KKV u. Krankentagegeld immer angeben:	Brutto:	€	Netto:	€	
	Besteht Anspruch bei Lohnfortzahlung? Wenn ja, für welchen Zeitraum?	<input type="checkbox"/> ja,	Wochen	<input type="checkbox"/> nein		
	<b>Selbstständige/r / Freiberufler/in:</b>					
	Seit wann sind Sie in Ihrem jetzigen Beruf ohne Unterbrechung selbstständig tätig?		Mitarbeiteranzahl:			
	Eintragung im Handelsregister / Gewerbeamt / Kammer? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> ja, am		<input type="checkbox"/> nein		
Bei Neugründung: Zu erwartendes Jahreseinkommen?	€	Bitte reichen Sie uns eine Kopie der Gewerbebeantragung ein.				
<b>Vorversicherung</b>	Besteht oder bestand:	Name der Gesellschaft	von - bis	Tagessatz in € / Karenzzeit		
Bei Zusatzversicherungen bitte immer den Namen der GKV angeben.	gesetzliche oder private Krankenversicherung?					
	Pflegepflichtversicherung?					
	Krankentagegeldversicherung?					
	Krankenhaustagegeldversicherung?					
	Es besteht bis zum Versicherungsbeginn bei einem anderen Versicherer bereits seit mindestens 12 Monaten eine private Zusatzversicherung mit einer tariflichen Leistung von mindestens 70 % für Zahnersatz.				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Wenn ja, Name der Gesellschaft und des Tarifes: (Die Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG behält sich vor, entsprechende Nachweise anzufordern.)					
	<b>Bitte immer beantworten:</b> Wurde eine Kranken-, Pflege- oder Lebensversicherung abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen?				<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Wann?	Welche?				
	vom Versicherer (Name der Gesellschaft)					
	Bestehen Beitragsrückstände bei der Vorversicherung? <input type="checkbox"/> nein, es bestehen keine			<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von		€
Ich bin damit einverstanden, dass die Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG hinsichtlich dieser Angabe eine Nachfrage bei dem bisherigen Krankenversicherer hält (Erläuterungen siehe Seite 5).						
<b>Bitte reichen Sie uns für die Krankheitskostenvollversicherung einen Nachweis über die Versicherungszeiten bei der GKV ein.</b>						
<b>Gesundheitsangaben für Tarife:</b>	<b>Kurzbelehrung über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht</b>					
Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung müssen Sie die Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzeigen. Stellt der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor seiner Vertragsannahme, Fragen der oben genannten Art, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.						
Verletzen Sie Ihre Anzeigepflichten vorsätzlich oder grob fahrlässig, kann der Versicherer von Beginn an vom Vertrag zurücktreten. Bei einer weder vorsätzlichen noch grob fahrlässigen Verletzung Ihrer Anzeigepflichten hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Das Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung und das Kündigungsrecht des Versicherers sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Die vorgenannten Rechtsfolgen treten jedoch nicht ein, wenn Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten haben. Die Rechte des Versicherers sind ausgeschlossen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.						
Bitte berücksichtigen Sie in diesem Zusammenhang die „Gesonderte Mitteilung gemäß § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“, die Sie als Anlage zu diesem Antrag erhalten. Sie ist ferner in den Vertragsinformationen „Ihre Krankenversicherung“ – Version 33-KVA-0123 enthalten.						
Besonderer Hinweis zur Verwendung von Gentests: Den Vertragsabschluss machen wir nicht von der Durchführung oder Prüfung bereits vorliegender prädiktiver Gentests abhängig. Bitte reichen Sie uns daher keine entsprechenden Unterlagen ein. Sie müssen jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben (Hinweis siehe Seite 5).						
proME 1	01. Körpermaße? (Bitte Größe und Gewicht angeben)		cm	kg		
proME aktivplus	02. a. Bestanden in den letzten 5 Jahren bzw. bestehen zurzeit Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
proME aktiv (Fragen 1. - 11.)	b. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Arbeitsunfähigkeiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
proMEZApplus	c. Erfolgte in den letzten 5 Jahren Untersuchungen oder Behandlungen durch Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
proMEZS	d. Haben in den letzten 5 Jahren Blutuntersuchungen stattgefunden? Falls ja, mit welchen Ergebnissen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
proMEZSplus	03. Werden bzw. wurden Arzneimittel (z. B. Tabletten, Salben) in den letzten 5 Jahren verordnet / angewendet? Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
proMEKH	04. Findet derzeit oder fand in den letzten 5 Jahren eine Behandlung, Untersuchung oder Beratung wegen Sterilität statt oder besteht ein unerfüllter Kinderwunsch? (Für männliche und weibliche Personen zu beantworten)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
proMETA	05. Erfolgte in den letzten 10 Jahren stationäre Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen in einem Krankenhaus, Sanatorium, Heilanstalt etc.?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
proMETSplus (Fragen 1. - 10.)	06. a. Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren psychologische/psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen/Beratungen (einschließlich probatorische Sitzungen) oder Behandlungen/Beratungen wegen Suchterkrankungen durchgeführt, angeraten oder sind diese vorgesehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
	b. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Drogen oder andere Betäubungsmittel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
	07. Sind Minderungen der Berufs- bzw. Erwerbsfähigkeit anerkannt oder beantragt? Liegt eine Wehrdienstbeschädigung vor? (ggf. Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
	08. Wurde eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
	09. Sind Untersuchungen, Behandlungen, Kuren notwendig, angeraten, beabsichtigt oder liegt ein kontrollbedürftiger Befund vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
	10. Werden bzw. wurden Hilfsmittel (z. B. Sehhilfen, Hörgeräte, Prothesen o. ä.) benötigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
	Wenn ja, welche?	Bei Sehhilfen bitte die aktuellen Dioptrienwerte angeben:		li	re	
proMEZApplus	11. a. Finden zurzeit Zahnbehandlungen, kieferorthopädische oder kieferchirurgische Maßnahmen, Zahnersatzversorgungen, Parodontosebehandlungen oder Inlayversorgungen statt oder sind diese notwendig, vorgesehen oder angeraten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
ZE 70 / ZE 80 / ZE 90 / ZE 100 (Frage 11 c.)	b. Wie viele Naturzähne – außer den Weisheitszähnen – fehlen und sind noch nicht ersetzt?	Anzahl:				
	c. Wann fand der letzte Zahnarztbesuch statt?	Datum				
	d. Wird eine Schiene getragen (z. B. Aufbiss-, Knirscherschleife o. ä.)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
<b>Besondere Vereinbarung für proMEZApplus und ZE 70 / ZE 80 / ZE 90 / ZE 100:</b> Vor Vertragsabschluss angeratene, geplante oder begonnene Zahnersatzmaßnahmen sind nicht versichert. Versicherungsschutz besteht nicht für die erstmalige Versorgung von bereits vor Vertragsabschluss fehlenden (mit Ausnahme von Weisheitszähnen) und/oder durch Prothesen ersetzten Zähnen (herausnehmbarer Zahnersatz). Ein vollständiger Lückenschluss gilt nicht als fehlender Zahn.						
ZB	<b>Besondere Vereinbarung:</b>					
ZBplus	Vor Vertragsabschluss angeratene, geplante oder begonnene zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen – ausgenommen Zahnprophylaxe – sind <b>nicht versichert</b> .					
proME Ambulant	ohne Gesundheitsfragen					



## WICHTIGE HINWEISE

### Wechsel des Versicherers

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen unerwünscht und für Sie als Versicherungsnehmer unzweckmäßig.

### Beziehung zum Versicherungsnehmer

Die Angabe des Angehörigenstatus ist zur Prüfung der Befreiung von der Versicherungssteuer erforderlich.

- Ehegatte/Ehegattin
- Lebenspartner/in:  
Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine eingetragene Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner).
- eheähnliche Gemeinschaft:  
Eine eheähnliche Gemeinschaft liegt vor, wenn die Personen zwar nicht verheiratet sind, aber als Paar zusammen wohnen und einen gemeinsamen Haushalt führen, wie es ein Ehepaar tun würde.
- Kind:  
Als Kind gelten: Kind, Adoptiv- oder Pflegekind / Kind, Adoptiv- oder Pflegekind der Ehegattin/des Ehegatten oder Lebenspartner/in / Schwiegerkind / Enkelkind

Handelt es sich nicht um direkte Angehörige, muss ein separater Antrag aufgenommen werden.

### Hinweis zur Steueridentifikationsnummer (IdNr.)

Wird uns keine Einwilligung zur Übermittlung der Daten an die Finanzbehörde erteilt bzw. hiergegen Widerspruch eingelegt, können Ihre Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung nicht steuermindernd geltend gemacht werden; im Lohnsteuerabzugsverfahren wäre lediglich die Berücksichtigung einer Vorsorgepauschale möglich. Bitte geben Sie deshalb die entsprechende Steuer-identifikationsnummer für den/die Antragsteller/in sowie für jede zu versichernde Person an.

### Hinweis zu „Angaben zu Einkommen und Beruf“

Für Selbstständige ist das bedingungsgemäße durchschnittliche Nettoeinkommen der letzten 12 Monate anzugeben. Es beträgt 75% des nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes ermittelten Gewinns (Betriebseinnahmen abzüglich Betriebsausgaben) vor Steuern aus Selbstständigearbeit, Gewerbebetrieb und Land- und Forstwirtschaft.

Bei Arbeitnehmern ist das durchschnittliche monatliche Brutto- und Nettoeinkommen der letzten 12 Monate anzugeben.

### Hinweis zu Beitragsrückständen beim Vorversicherer

Die Erklärung fällt unter die vorvertragliche Anzeigepflicht und muss wahrheitsgemäß abgegeben werden. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.

### Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der privaten Pflegepflichtversicherung

Kinder können unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei versichert werden, wenn mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung einen Beitrag zahlt.

Grundsätzlich sind Kinder beitragsfrei versichert, wenn sie

- a. nicht versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind,
- b. nicht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind,
- c. keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung haben,
- d. nicht hauptberuflich selbstständig sind,
- e. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (Geringfügigkeitsgrenze) überschreitet. Maßgeblich ist der Gesamtbetrag der Einkünfte. Bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

- a. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- b. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
- c. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.
- d. ohne Altersgrenzen, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten. Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstabe a, b oder c versichert war.

### Wartezeiten

In der substitutiven Krankenversicherung verzichtet der Versicherer auf die Wartezeiten (vgl. § 3 Mecklenburgische Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MEVB/KK 2009)).

### Genests

Den Vertragsabschluss machen wir nicht von der Durchführung oder Prüfung bereits vorliegender prädiktiver Genests\* abhängig. Bitte reichen Sie uns daher keine entsprechenden Unterlagen ein. Sie müssen jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

\* Unter einem prädiktiven Genest wird die Untersuchung des Erbmaterialeines Gesunden auf die Veranlagung einer bestimmten Krankheit verstanden.

## INFORMATION ZUR VERWENDUNG IHRER DATEN

Die von Ihnen im Antrag auf Versicherungsschutz gemachten Angaben benötigen wir für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policing oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

### Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer der Gesellschaften der Mecklenburgischen Versicherungsgruppe bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für andere Produkte der Unternehmen der Mecklenburgischen Versicherungsgruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Sie können unter der u. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

### Widerspruchsrecht

**Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.**

**Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.**

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den Datenschutzbeauftragten unter Mecklenburgische Versicherungsgruppe – Datenschutz – 30619 Hannover, per Telefon (0511) 53 51-9955 oder per Mail an [datschutz@mecklenburgische.de](mailto:datschutz@mecklenburgische.de) oder an die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover zu wenden.

# Widerrufsbelehrung

Hinweis: Abschnitt 2, Unterabschnitt 2 gilt nur für die Krankheitskostenvollversicherung.

## **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 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:

Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG, Platz der Mecklenburgischen 1,  
30625 Hannover  
Telefax: 0511 5351-3399, E-Mail: proME@mecklenburgische.de

#### **Widerrufsfolgen**

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich entsprechend der von Ihnen gewählten Zahlungsweise um einen Betrag in Höhe von 1/360 der Jahresprämie oder 1/30 der Monatsprämie pro Tag. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

#### **Besondere Hinweise**

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.

## **Abschnitt 2**

### **Aufstellung 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:

#### **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. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige 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;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
7. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;

8. Angaben darüber, bei dem 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;
9. 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;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;  
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, 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;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
14. 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;
15. 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;
16. 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.

Datum, Unterschrift des Versicherungsnehmers