

Ich möchte **DAKplus Patienten-Rechtsschutz** bei der HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG abschließen

HanseMerkur
Versicherungsgruppe



Empfohlen von:
DAK
Unternehmen Leben

VE AD-Nr.

Beantragter Versicherungsbeginn, 00:00 Uhr	Vertragsende*, 00:00 Uhr	DAK-Krankenversichertennummer – Bitte unbedingt angeben:	HanseMerkur Pers.-Nr. (Vers.-Nr.)
<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

Antragsteller/-in Versicherungsnehmer/-in	Name/Titel	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
	Straße, Postfach/ Zustellergängung	<input type="text"/>		Haus-Nr. <input type="text"/>
	Postleitzahl, Wohnort	<input type="text"/>		
	Telefon** (privat)	Telefon** (geschäftlich)	<input type="text"/>	
	Fax**	Staats- angehörigkeit	<input type="text"/>	
	E-Mail**	<input type="text"/>		
Herr <input type="checkbox"/>	Familiensstand** <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft			
Frau <input type="checkbox"/>	Derzeitige berufl. Tätigkeit (Haupt- und Nebenberuf) <input type="text"/>			

Inkasso Die Prämie soll bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden:	Bankleitzahl	<input type="text"/>	Konto- nummer	<input type="text"/>	Geldinstitut/ Ort	<input type="text"/>
	Name/Vorname/ Firmenname	Kontoinhaber/-in, falls nicht Antragsteller/-in:		Kontoinhaber/-in, falls nicht Antragsteller/-in:		
	Unterschrift			<input type="text"/>		

Zahlungs- weise	<input checked="" type="checkbox"/> monatlich	Beitrags- bescheinigung für das Finanzamt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------	---	---

**Deckungs-
umfang** Versichert ist die Schadenersatz-Rechtsschutz-Versicherung für die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen wegen Behandlungs- und/oder Aufklärungsfehlern durch einen Arzt, Krankenhausträger, Psychotherapeuten oder Heilpraktiker.
Bitte informieren Sie uns, bevor Sie einen Anwalt konsultieren. Auf Wunsch empfiehlt der Versicherer einen Rechtsanwalt oder Fachanwalt für Medizinrecht.

**Deckungs-
summe** 300.000,- EUR je Rechtsschutzfall

**Versicherter
Personenkreis** Der Versicherungsschutz besteht für den Versicherungsnehmer und seine bei der DAK familienversicherten Familienmitglieder.

Wartezeit Es besteht keine Wartezeit. Das Schadeneignis muss jedoch nach Versicherungsbeginn eingetreten sein.

Prämie inkl. der vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Versicherungssteuer.

Gesonderte Verzichtserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass ich die Verbraucherinformation einschl. des Merkblattes zur Datenverarbeitung, der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und weiterer Informationen gem. § 7 Versicherungsvertragsgesetz erst mit der Police erhalte, und verzichte damit auf die vorzeitige Überlassung dieser Unterlagen. Ich habe die Möglichkeit, bereits vorab alle dem Vertrag zugrunde liegenden Unterlagen über das Internet unter www.DAK-Zusatzschutz.de einzusehen oder auch schriftlich unter der rückseitig aufgeführten Anschrift anzufordern. Dieses Verfahren dient dazu, Kosten zu reduzieren.

1. Unterschrift des/der Antragsteller(s)/-in

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen des/der Antragsteller(s)/-in auf der Rückseite dieses Antrags. Diese Erklärungen enthalten Hinweise zur Datenverarbeitung; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrags.

Die HanseMerkur Versicherungsgruppe ist berechtigt, meine Daten zu Werbe- und Beratungszwecken in Versicherungs- und sonstigen Finanzdienstleistungsangelegenheiten per Briefpost zu nutzen.	Darüber hinaus erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten zu den genannten Werbe- und Beratungszwecken auch per <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail genutzt werden dürfen. Diese Einwilligung(en) kann ich jederzeit in Textform widerrufen.
---	---

Ort, Datum **2. Unterschrift** des/der Antragsteller(s)/-in

* Die Vertragslaufzeit beträgt ein Jahr und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn nicht 3 Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird.
** Diese Angaben sind freiwillig.

Verteiler:
Blatt 1 – HanseMerkur
Blatt 2 – Kund(e)/-in



MG 095 SZ 06.10 002576 - 025 - 000393 - 000000000001 (e)

Schlusserklärungen sowie Hinweise/Erklärungen/Erläuterungen

I. Allgemeine Hinweise

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag und – soweit entsprechender Versicherungsschutz beantragt und vereinbart wird – nach den – Allgemeinen Patienten-Rechtsschutz-Versicherungsbedingungen (APRB 2010) und den gesetzlichen Bestimmungen und besonderen Vereinbarungen.

Vertragsdauer, Kündigung

Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von einem Jahr geschlossen. Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf der vereinbarten festen Vertragsdauer stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald die erste Prämie gezahlt ist, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Wird die erste Prämie erst danach angefordert, dann aber innerhalb von 14 Tagen gezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz zum vorgenannten Beginn, ggf. schon vor dem Ende der Widerrufsfrist, besteht.

Widerruf

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg. E-Mail: shu-versicherungen@hansemerkur.de. Bei einem Widerruf per Telefon kann der Widerruf an folgende Faxnummer gerichtet werden: Telefax: (0 40) 41 19-32 57.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihrer Prämie, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt. Den Teil Ihrer Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren. Prämien erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Für den Fall, dass ich meine Mitgliedschaft bei der DAK kündige, willige ich ein, dass die DAK die HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG über das Ende meiner Mitgliedschaft bei der DAK informiert.

Zuständiger Ombudsmann bzw. Aufsichtsbehörde

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

II. Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der HanseMerkur Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler/-in weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Zur Prüfung meiner Mitgliedschaft ermächtigt die HanseMerkur, die hierfür erforderlichen Daten (DAK-Krankenversicherungs-Nr., Name, Vorname) gemäß § 28 (1) Ziffer 1 und 2 BDSG an die DAK zu übermitteln. Dies ist Voraussetzung für das Zustandekommen des Vertrages.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur der DAK im Rahmen des Kooperationsvertrages zusätzlich die allgemeinen Vertragsdaten meines Versicherungsvertrages (Geburtsdatum, Anschrift, Versicherungsbeginn, Versicherungsende, abgeschlossener Tarif) übermittelt. Die DAK ermächtigt ich, diese Daten ausschließlich auf der Grundlage des § 67 a SGB X zu Aufklärungs- und Beratungszwecken im Sinne §§ 13 ff. SGB I zu nutzen. Dieser Teil der Einwilligung ist freiwillig und jederzeit widerrufbar.

Diese Einwilligungen gelten nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen überlassen wird.

III. Weitere Hinweise

Örtlicher Geltungsbereich

Die Rechtsschutz besteht, soweit die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in Europa, den Anliegerstaaten des Mittelmeeres, auf den Kanarischen Inseln, den Azoren oder auf Madeira erfolgt und ein Gericht oder eine Behörde in diesem Bereich gesetzlich zuständig ist oder zuständig wäre, wenn ein gerichtliches oder behördliches Verfahren eingeleitet werden müssen.

Ausgeschlossene Rechtsangelegenheiten

- in ursächlichem Zusammenhang mit Ihrer Teilnahme an klinischen Studien als Proband, die der Erprobung von Medikamenten oder Therapien dienen;
- in ursächlichem Zusammenhang mit Krieg, feindseligen oder terroristischen Handlungen, Aufruhr, inneren Unruhen, Streik, Aussperrung oder Erdbeben;
- a) in Verfahren vor Verfassungsgerichten;
b) in Verfahren vor internationalen oder supranationalen Gerichtshöfen;
- a) mitversicherter Personen untereinander und mitversicherter Personen gegen Sie als Versicherungsnehmer;
b) aus Ansprüchen oder Verbindlichkeiten, die nach Eintritt des Rechtsschutzfalles auf Sie übergegangen sind;
c) aus von Ihnen in eigenem Namen geltend gemachten Ansprüchen anderer Personen.

IV. Schadenbearbeitung

Im Versicherungsfall wenden Sie sich bitte an die:
Itzehoer Rechtsschutz-Schadenservice GmbH
Itzehoer Platz, 25521 Itzehoehoe
Telefon (0 48 21) 77 36 69
Telefax (0 48 21) 77 36 47

Sollten Sie bereits einen Rechtsanwalt mit Ihrer Vertretung beauftragt haben, so muss die Schadenmeldung unverzüglich und schriftlich erfolgen.

HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG

Postanschrift: 20352 Hamburg
Hausanschrift: Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Telefon: (0 40) 41 19-0, Telefax: -32 57, www.hansemerkur.de

Vorstand: Fritz Horst Melsheimer (Vors.),
Holger Ehses, Dr. Andreas Gent,
Peter Ludwig, Eberhard Sautter

Aufsichtsrat: Jörg G. Schiele (Vors.)
Sitz: Hamburg, Handelsregister: Hamburg B 16768
USt-IdNr.: DE171619957