

VORANFRAGE

RISIKOLEBENSVERSICHERUNG

VORANFRAGEN BEI DER HANNOVERSCHEN UNSER SERVICE FÜR SIE

Damit wir Ihre Voranfrage schnellstmöglich bearbeiten können und Sie von uns ein aussagekräftiges Votum für die zu versichernde Person erhalten, beachten Sie bitte die nachfolgenden Punkte.

ALLGEMEINE HINWEISE

- Voranfragen maximal möglich bis 400.000 Euro Versicherungssumme
- Anonyme Voranfragen sind möglich. Ein späterer Bezug darauf ist jedoch nicht möglich, da wir diese Daten nicht speichern
- Komplexe medizinische Sachverhalte, die eine Arztanfrage erfordern, können nicht als Voranfrage bearbeitet werden
- Bestehende Vorversicherungen bei der Hannoverschen werden nicht in die Prüfung der Voranfrage einbezogen

VORGEHENSWEISE

- Benutzen Sie grundsätzlich das Voranfragenformular der Hannoverschen, füllen dieses vollständig aus und lassen die Datenschutz- und Schweigepflichtentbindungserklärung von der zu versichernden Person unterschreiben
- Senden Sie Ihre Voranfrage bitte ausschließlich per E-Mail an die unten genannte E-Mailadresse
- Geben Sie im Betreff Ihrer E-Mail immer Name, Vorname und Geburtsdatum der zu versichernden Person an

- Bei einer anonymen Voranfrage vermerken Sie dies bitte im Betreff Ihrer E-Mail und schwärzen in allen Unterlagen den Namen der zu versichernden Person
- Fügen Sie ggf. bereits vorliegende Atteste, Berichte und sonstige medizinische Befunde als Anlage im PDF-Format bei
- Reichen Sie neben dem Voranfragenformular zusätzlich maximal 10 Seiten medizinische Befunde ein (keine Röntgenaufnahmen, MRT- oder CT-Bilder sowie EKG's)
- Senden Sie bitte pro Voranfrage jeweils eine separate E-Mail

**IHRE VORANFRAGEN SENDEN SIE BITTE PER E-MAIL AN:
VORANFRAGEN@HANNOVERSCHEN.DE**

UNSER SERVICEVERSPRECHEN

24-STUNDEN-VORANFRAGEN

Wir prüfen Ihre Voranfrage bis zum nächsten Werktag und teilen Ihnen das Ergebnis mit.



VORANFRAGE FÜR EINE RISIKOVERSICHERUNG

Vermittler-Name <input style="width: 90%;" type="text"/>	Vermittler-Nr. <input style="width: 80%;" type="text"/> - <input style="width: 20%;" type="text"/>
ZU VERSICHERNDE PERSON	
Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
Vorname <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Nachname <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Straße <input style="width: 80%;" type="text"/>	Hausnummer <input style="width: 20%;" type="text"/>
Postleitzahl <input style="width: 20%;" type="text"/>	Wohnort <input style="width: 60%;" type="text"/>
Geburtsdatum <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/>	Staatsangehörigkeit <input style="width: 60%;" type="text"/>
Geburtsland <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Berufstätigkeit <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Berufsstatus	
<input type="checkbox"/> Selbständige(r) / Freiberufler	<input type="checkbox"/> Beamte(r)
<input type="checkbox"/> Student(in)	<input type="checkbox"/> Schüler(in)
<input type="checkbox"/> Angestellte(r)	<input type="checkbox"/> Auszubildende(r)
<input type="checkbox"/> Arbeiter(in)	<input type="checkbox"/> arbeitslos / arbeitssuchend
<input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann / in Elternzeit	<input type="checkbox"/> Sonstiges
GEWÜNSCHTER VERSICHERUNGSUMFANG	
<input type="checkbox"/> Risikoversicherung	<input type="checkbox"/> Risikoversicherung Exklusiv
Versicherungssumme <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> EUR	Versicherungsdauer <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> Jahre Endalter <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/>
RISIKO- UND GESUNDHEITSERKLÄRUNG DER ZU VERSICHERNDEN PERSON	
WICHTIGER HINWEIS: Angaben zu evtl. bereits durchgeführten Gentests müssen bei der Beantwortung der folgenden Fragen nicht gemacht werden. HIV-Tests sind keine Gentests.	
1. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Heilbehandler untersucht, beraten oder behandelt worden hinsichtlich:	
a) des Herzens, des Kreislaufs, der Gefäße (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Durchblutungsstörung, Venenentzündung, Thrombose, Lymphödem/Schwellungen, Schlaganfall)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
b) Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Emphysem, Schlafapnoe, COPD/chronisch obstruktive Lungenerkrankung)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
c) Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Leber (z. B. Magengeschwür, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Fettleber, Darmentzündungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Ösophagusvarizen/Krampfadem der Speiseröhre)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
d) Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z. B. Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystennieren, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung, Zysten)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
e) des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
f) Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörungen, Schilddrüsenknoten)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
g) akuter oder chronischer Infektionen (z. B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
h) der Psyche (z. B. Angststörung, Depression, Neurose, Psychose, Essstörung, Überlastungszustand/Erschöpfung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Burn-out-Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
i) des Gehirns, Rückenmarks, Nervensystems oder neurologischer Art (z. B. Hirnleistungsstörungen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Multiple Sklerose, Migräne oder Kopfschmerzen über dreimal im Monat)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
j) des Rückens, der Wirbelsäule, der Bandscheiben (z. B. Nackenschmerzen, ärztlich behandelte Rückenbeschwerden, Rückgratverkrümmung, Lumbago, Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Ischias)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
k) der Knochen, Gelenke (z. B. Abnutzung (nicht altersbedingt), Entzündung, rheumatische Beschwerden, Bänderverletzung, Hüftfehlstellung, Beinverkürzung, Rheuma, Arthrose)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
l) der Haut, Allergien (z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Psoriasis, Hautveränderungen/-schwellungen/-knoten/-geschwüre)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
m) der Augen (z. B. Sehstörung, Doppelbilder, Kurzsichtigkeit von mehr als 7 Dioptrien, Hornhaut-/Netzhauterkrankung, grauer/grüner Star, erhöhter Augendruck)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
n) der Ohren (z. B. Ohrensausen, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
2. Bestehen oder bestanden bei Ihnen darüber hinaus in den letzten drei Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hierzu zählen Engegefühl im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörungen, Sehstörungen, Blut im Stuhl, im Urin oder im Auswurf (Husten), psychische Erschöpfungszustände, Angstzustände, wiederkehrende Schmerzzustände ungeklärter Ursache, Lymphknotenschwellungen, Brustknoten (Selbstertastung), Geschwürbildung, Veränderungen der Haut bzw. der Leberflecken, Schluckstörungen, Gefühlsstörungen oder Lähmungen, Abnahme der körperlichen bzw. psychischen Belastbarkeit, ungewollte Gewichtsabnahme von mehr als fünf Kilogramm.	

3. Wenn Sie eine oder mehrere Fragen unter 1) oder 2) bejaht haben, benötigen wir noch folgende Angaben (ggf. gesondertes Blatt benutzen):

Zu Frage Nr.	Ausführliche Angaben, Art, Verlauf, Folgen (z. B. der Krankheit, Störung), Ergebnis der Untersuchung?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)?	Bestehen noch Beschwerden und / oder Folgen?
				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

4. Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie **innerhalb der letzten 5 Jahre** länger als 2 Wochen fortdauernd Medikamente ein? Nein Ja Wann, weshalb, welche, wie lange?

5. Sind Sie oder waren Sie **innerhalb der letzten 5 Jahre** in Behandlung von Physiotherapeuten, Krankengymnasten oder Masseurinnen? Nein Ja Wann, weshalb? Name / Anschrift

6. Sind Sie oder waren Sie **innerhalb der letzten 5 Jahre** in Behandlung von Psychologen oder Psychotherapeuten? Nein Ja Wann, weshalb? Name / Anschrift

7. Wurden Sie **in den letzten 10 Jahren** stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen? Nein Ja Wann? Weshalb? Wie lange? Bestehen Folgen?

8. Nehmen oder nahmen Sie **in den letzten 5 Jahren Betäubungsmittel oder Drogen ein oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Drogen oder Betäubungsmitteln beraten oder behandelt?** Nein Ja Welche? Name / Anschrift

9. Haben Sie **in den letzten 5 Jahren Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen** erlitten? Nein Ja Wann, welcher Art, bestehen Folgen?

10. Wurden **in den letzten 5 Jahren Kontroll- / Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt?** Wenn ja, welche Grunderkrankung / Störung lag diesen Untersuchungen zugrunde? Nein Ja Grund für die Kontrolle / Nachsorge?

11. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB), ein Grad der Behinderung (GdB), ein Grad der Schädigungsfolge (GdS), oder besteht oder bestanden **in den letzten 5 Jahren** Gesundheitsstörungen, weswegen ein Antrag auf Schwerbehinderung gestellt wird oder gestellt wurde? Bitte geben Sie die entsprechenden Gesundheitsstörungen an. Nein Ja Welche? Welcher Grad?

12. Wurde bei Ihnen **jedemals eine HIV-Infektion festgestellt?** Nein Ja

13. Bestehen bei anderen Gesellschaften bereits **Lebensversicherungen** oder haben Sie solche beantragt? Nein Ja Bei welcher Gesellschaft? Todesfallsumme?

14. Sind Sie **beruflich oder privat Gefahren ausgesetzt**
(z. B. Umgang mit bzw. Arbeiten im Nahbereich von radioaktiven,
toxischen, infektiösen oder explosiven Stoffen, Apnoetauchen,
Motorsport, Kampfsport, Militaryreiten, Kunstflug)?

Nein Ja

Welchen?

15. Werden Sie **voraussichtlich in den nächsten 12 Monaten für länger als 6 Monate** in das außereuropäische Ausland reisen?

Nein Ja

Wann? Wohin?

16. Sind Sie **Nichtraucher?**
(Bitte beachten Sie ggf. die Nichtrauchererklärung).

Ja, noch nie geraucht

Ja, seit mindestens 12 Monaten

Ja, seit mindestens 3 Jahren

Ja, seit mindestens 10 Jahren

Nein – Wie viele Zigaretten/Zigarren/Zigarillos/E-Zigaretten rauchen Sie im Schnitt täglich?

Stück

17. **Wie groß und wie schwer** sind Sie?

Größe / cm

Gewicht / kg

Informationen rund um die Themen Datenerhebung und Datenschutz können Sie bequem auf unserer Homepage www.hannoversche.de unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Folgende Unterlagen werden mit eingereicht:

WICHTIGER HINWEIS

Wir weisen darauf hin, dass die Beantwortung der Gesundheitsfragen bei einer eventuellen Antragstellung nicht übernommen werden kann. Im Fall einer Antragstellung müssen sämtliche Fragen des Antrages neu beantwortet werden.

EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG VON GESUNDHEITSDATEN UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Um Ihre Gesundheitsdaten im Rahmen der von Ihnen gestellten Voranfrage verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover, Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir als Unternehmen der Lebensversicherung Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung, um z.B. medizinische Gutachter einsetzen zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

1. Erhebung, Speicherung, und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Hannoversche Lebensversicherung AG

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG die von mir im Rahmen der Voranfrage mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung und Beantwortung meiner Voranfrage erforderlich ist.

2. Für die Beurteilung des zu versichernden Risikos kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Hannoversche Lebensversicherung AG benötigt Ihre Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden.

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Hannoversche Lebensversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Hannoversche Lebensversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3. Übertragung von Aufgaben auf andere Unternehmen/Stellen

Die Hannoversche Lebensversicherung AG führt bestimmte Aufgaben, wie z.B. die Risikoprüfung oder die Datenerfassung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht immer selbst

durch, sondern überträgt die Erledigung ggf. einer anderen Gesellschaft der VHV Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Hannoversche Lebensversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung. Eine aktuelle und fortlaufende Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen ist als Merkblatt zum Datenschutz der Einwilligungserklärung angefügt.

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der Dienstleisterliste erwähnten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Hannoversche Lebensversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Hannoversche Lebensversicherung AG im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützten Daten von der Schweigepflicht.

4. Datenweitergabe an selbständige Vermittler bei Einschaltung eines Vermittlers

Die Hannoversche Lebensversicherung AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Risikozuschläge, Ausschlüsse bestimmter Risiken) wir Sie versichern können.

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

UNTERSCHRIFT

DATENSCHUTZ UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Den Abschnitt „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ habe ich zur Kenntnis genommen und gebe die dortigen Erklärungen ab.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
(bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

**Unterschrift
nicht vergessen!**

DIENSTLEISTERLISTE

Konzerngesellschaften innerhalb der VHV Gruppe, die an der gemeinsamen Stammdatenverwaltung teilnehmen:

VHV Vereinigte Hannoversche Versicherung a.G., VHV Holding AG, VHV Allgemeine Versicherung AG, Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV solutions GmbH, VHV Dienstleistungen GmbH, Hannoversche Direktvertriebs-GmbH, Hannoversche-Consult GmbH, Pensionskasse der VHV-Versicherungen, WAVE Management AG

Stellen, bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand des Auftrags durch die Hannoversche Lebensversicherung AG ist

Stellen	Gegenstand / Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
VHV solutions GmbH	Angebotsbearbeitung/Vertragsverwaltung, Leistungsbearbeitung, IT-Dienstleistungen	ja
VHV Holding AG	Vertrieb, Controlling, Revision	teilweise ja
VHV Vereinigte Hannoversche Versicherung a.G.	Inkasso/Mahnwesen, Compliance, Konzernrecht, Personal, Datenschutz u. Informationssicherheit	teilweise ja
HANNO-CONSULT Beratungs- und Vermittlungs-GmbH	Pensionsgutachten	ja
Hannoversche Direktvertriebs-GmbH	Telefonischer Kundenservice	ja
arvato direct services GmbH	Posteingangs- und Datenerfassung, Angebotserstellung und Antragserfassung in der Lebensversicherung	ja
ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH	Durchführung von Kundenzufriedenheitsumfragen	nein
Canon Deutschland Business Services GmbH	Druck von Dokumenten	ja
Creditreform Hannover-Celle Bissel KG	Bonitätsauskünfte www.creditreform-hannover.de/eu-dsgvo	nein
DATEN PARTNER Gesellschaft für Direktmarketing und Informations-Technologie mbH	Druck von Dokumenten	ja
Deutsche Post E-Post Solutions GmbH	Digitalisierung und Klassifizierung von physischer Eingangspost	ja
E+S Rückversicherung AG	Rückversicherungsleistungen, https://www.es-rueck.de/datenschutz-es	ja
GEMINI DIRECT marketing solutions GmbH	Adresslieferant (Neukundenakquise)	nein
General Reinsurance AG	Rückversicherungsleistungen http://de.genre.com/http://de.genre.com/privacypolicy	ja
infoscore Consumer Data GmbH	Adressabgleiche https://finance.arvato.com/icdinfoblatt	nein
Neoskop GmbH	Programmierung und Wartung der Homepage	teilweise ja
Qidenus Group GmbH	Maschinelles Auslesen von Dokumenten	ja
Rhenus Mailroom Services GmbH	Bearbeitung von Brieffrückläufern	ja
Rhenus Office Systems GmbH	Einlagerung und Anlieferung von archivierten Akten	ja
REISSWOLF International AG	Vernichtung von Akten	ja
Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG	Adressabgleiche, Verstorbenen Information	nein
Schufa Holding AG	Adressabgleiche, Bonitätsauskünfte	nein
SCOR Global Life Deutschland	Rückversicherungsleistungen https://www.scor.com	ja
Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland	Rückversicherungsleistungen http://www.swissre.com/privacy_policy.html	ja
SysEleven GmbH	Hosting	ja
T.D.M. Telefon-Direkt-Marketing GmbH	In- und Outboundtelefonie, Angebotserstellung	ja

Kategorien von Stellen, bei denen die Datenverarbeitung nicht der Hauptgegenstand des Auftrags durch die Hannoversche Lebensversicherung AG ist oder die nur gelegentlich tätig werden

Kategorien von Stellen	Aufgaben	Gesundheitsdaten
Gutachter und Sachverständige (insbesondere Ärzte)	Erstellung von Gutachten bei Leistungsfällen, Unterstützung bei der Leistungsbearbeitung und Risikoprüfung	ja
IT-Dienstleister	Support-, Wartungs-, Programmierungsdienstleistungen	teilweise ja
Rechtsanwälte	Juristische Beratung	teilweise ja
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
Marketingagenturen	Marketingaktionen	nein
Lettershops	Be- und Verarbeitung von Druckstücken zu Werbezwecken	nein
Banken	Finanzdienstleistungen	nein

