Voranfrage

Berufsunfähigkeitsversicherung
Risikolebensversicherung

700.0001.66 Stand 03.2024

// HANNOVERSCHE

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 650.000 Euro, BU bis maximal 36.000 Euro Versicherungssumme
- Anonyme Voranfragen sind möglich. Ein späterer Bezug darauf ist jedoch nicht möglich, da wir diese Daten nicht speichern
- Reichen Sie neben dem Voranfragenformular zusätzlich maximal 10 Seiten medizinische Befunde ein (keine Röntgenaufnahmen, MRT- oder CT-Bilder sowie EKG's)
- Keine Auswertung von ärztlichen Zeugnissen
- Komplexe medizinische Sachverhalte, die eine Arztanfrage erfordern, können nicht als Voranfrage bearbeitet werden
- Bestehende Vorversicherungen bei der Hannoverschen (und/oder anderen Gesellschaften) 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
- Senden Sie bitte pro Voranfrage jeweils eine separate E-Mail

Ihre Voranfragen senden Sie bitte per E-mail an:
Risiko-LV: voranfragenrlv@hannoversche.de
BU: voranfragensbu@hannoversche.de

Hannoversche Lebensversicherung AG
VHV-Platz 1 / 30177 Hannover

// HANNOVERSCHE

Bitte ankreuzen

☐ Voranfrage für eine Berufsunfähigkeitsversicherung
☐ Voranfrage für eine Risikoversicherung

Vermittler-Name
Ihr Zeichen 1
Vermittler-Nr. V L –
Ihr Zeichen 2

Versicherte Person

☐ Wie Versicherungsnehmer

Anrede ☐ Frau ☐ Herr

Vorname
Nachname
Straße Hausnummer
Postleitzahl Wohnort
Geburtsdatum T T M M J J J J Staatsangehörigkeit
Geburtsland
Berufstätigkeit

Berufsstatus

☐ Selbständige(r)/ Freiberufler ☐ Beamte(r) ☐ Angestellte(r) ☐ Arbeiter(in) ☐ Hausfrau/-mann / in Elternzeit
☐ Student(in) ☐ Schüler(in) ☐ Auszubildende(r) ☐ arbeitslos / arbeitsuchend ☐ Sonstiges

Gewünschter Versicherungsumfang

☐ Berufsunfähigkeitsversicherung Basis (Tarif B1-B)
☐ Berufsunfähigkeitsversicherung Comfort (Tarif B1-C)
☐ Berufsunfähigkeitsversicherung Plus (Tarif B1-P)
☐ Berufsunfähigkeitsversicherung Exklusiv (Tarif B1-E)
☐ Starter-Variante (Tarif-Option S)
☐ Berufsunfähigkeitsversicherung Basis Familie (Tarif B2-B)
☐ Berufsunfähigkeitsversicherung Comfort Familie (Tarif B2-C)
☐ Berufsunfähigkeitsversicherung Plus Familie (Tarif B2-P)
☐ Berufsunfähigkeitsversicherung Exklusiv Familie (Tarif B2-E)

Tarif	Summenverlauf	Beitragszahlungsart
☐ T1	konstant	konstant
☐ TP1 (Partner)	konstant	konstant
☐ T3	linear fallend	risikoadäquat
☐ T4	nach Tilgungsplan fallend	risikoadäquat
☐ T7	linear fallend	konstant
☐ T8	nach Tilgungsplan fallend	konstant

☐ Als Plus-Tarif ☐ Als Exklusiv-Tarif (nicht bei TP1)
☐ Als Kollektivtarif (zu Tarif T1, T1-Plus)

Für Nichtraucher ☐ seit 10 Jahren ☐ seit 12 Monaten (siehe Nichtrauchererklärung)

Bei T4/T8: Zinssatz % Tilgungssatz %

Tilgungsfreie Anfangsjahre (möglich bei T3, T4, T7, T8): Jahre (max. 5 J.)

Versicherungsbeginn 0 1 M M J J J J
Versicherungssumme
Versicherungsdauer Jahre Endalter

Zahlungsweise 1/ jährlich

Kollektiv-vertrags-Nr.

Risiko- und Gesundheitserklärung der versicherten Person

Wichtiger Hinweis zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Im Rahmen der Antragsprüfung bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten. Wichtig dabei ist, dass Sie uns **alle** Ihnen bekannten Gefahrumstände vollständig und richtig angeben, auch wenn Sie ihnen keine oder nur eine geringe Bedeutung beimessen. Um Ihnen einen bedarfsgerechten Versicherungsschutz bieten zu können, fragen wir Sie daher nachfolgend nach Umständen, die Einfluss auf einen möglichen Eintritt des versicherten Risikos haben könnten. Wenn wir Sie nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach Gefahrumständen fragen, sind auch diese Fragen vollständig und richtig zu beantworten. Angaben zu evtl. bereits durchgeführten Gentests müssen bei der Beantwortung der folgenden Fragen nur unter bestimmten Voraussetzungen gemacht werden. Erläuterungen dazu finden Sie am Ende der Gesundheitsfragen.HIV-Tests sind **keine** Gentests. Wenn Sie eine oder mehrere der folgenden Fragen bejahen, benötigen wir weitere Erläuterungen. Reicht der Raum für die Beantwortung nicht aus, fügen Sie bitte ein zusätzliches Blatt bei und verweisen darauf.

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder unvollständig beantworten, kann die Hannoversche Lebensversicherung AG vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, ihn kündigen oder ihn anpassen, was zu unserer Leistungsfreiheit – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – führen kann (bitte beachten Sie dazu die ausführlichen Hinweise des Merkblatts zur Anzeigepflichtverletzung auf Seite 1 des beigefügten Heftes „Bedingungen und Informationen“).

Wichtiger Hinweis!

Allgemeine Angaben

Wie groß und wie schwer sind Sie?

Bitte machen Sie hier Ihre Angaben: Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Welcher Arzt kann am besten über Ihren Gesundheitszustand Auskunft geben (z. B. Hausarzt)?

☐ Kein Arzt vorhanden.

Bitte geben Sie hier Name und Anschrift des Arztes an:

Sind Sie Nichtraucher? ☐ Nein ☐ Ja

- ☐ Ja, ich habe noch nie geraucht.
- ☐ Ja, seit mind. 10 Jahren.
- ☐ Ja, seit mind. 3 Jahren.
- ☐ Ja, seit mind. 12 Monaten.
- ☐ Nein, ich bin Raucher.

Bitte angeben: Wie viele Zigaretten / Zigarren / Zigarillos / E-Zigaretten / E-Shisha rauchen Sie im Schnitt täglich? _____ Stück

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? ☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

Welche Gesundheitsstörungen?

Welcher Grad der Störungen?

Fragen zu Sport, Hobby, Freizeit und Auslandsaufenthalten

Sind Sie privat Gefahren ausgesetzt? ☐ Nein ☐ Ja

Hierzu zählen z. B. Tauchsport (außer reines Schnorcheln), Bergsport (außer reine Bergwanderungen auf gekennzeichneten Wanderwegen bis 4.000 Höhenmeter oder Klettern an künstlichen Kletterwänden), Flugsport (z. B. Drachen-, Gleitschirm-, Motorflug-, Ultraleichtflug, Segelfliegen, Fallschirmspringen), Motorsport, Kampfsport, Vielseitigkeitsreiten.

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

– Welcher Art?

Werden Sie voraussichtlich in den nächsten 12 Monaten für länger als 6 Monate in das außereuropäische Ausland reisen? ☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

– Wann und wohin?

Vorversicherungen der versicherten Person

Bestehen bei der Hannoverschen Lebensversicherung AG bereits Lebens- oder Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder haben Sie solche beantragt?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar

Versicherungsnummer

Bestehen bei anderen Gesellschaften bereits Lebens- oder Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder haben Sie solche beantragt?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar

Bei welcher Gesellschaft? | Höhe der Todesfallsumme? / Höhe der BU/EU-Jahresrente EUR

☐ Nein ☐ Ja, und zwar

Bei welcher Gesellschaft? | Höhe der Todesfallsumme? / Höhe der BU/EU-Jahresrente EUR

Fragen zur beruflichen Tätigkeit

Sind Sie beruflich Gefahren ausgesetzt? (z. B. Umgang mit bzw. Arbeiten im Nahbereich von radioaktiven, toxischen, infektiösen oder explosiven Stoffen) ☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

Welche Gefahren?

Bitte geben Sie uns das Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten 3 Jahre an.

Jahr	Bruttoeinkommen EUR	Jahr	Bruttoeinkommen EUR	Jahr	Bruttoeinkommen EUR

Bitte geben Sie uns eine genaue Tätigkeitsbeschreibung Ihres derzeit ausgeübten Berufs.

Bei Jahresrenten ab 30.001 EUR (einschließlich aller bestehender privater Vorversicherungen) fügen Sie bitte Einkommensnachweise über das Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten 3 Jahre bei!

Gesundheitsangaben – bezogen auf die letzten 5 Jahre

1.	**Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Heilbehandler, Therapeuten (also auch Osteopathen, Physio- oder Psychotherapeuten und Psychologen) untersucht, beraten oder behandelt worden hinsichtlich:**	
a)	Herz, Kreislauf, Gefäße (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Durchblutungsstörung, Venenentzündung, Thrombose, Lymphödem / Schwellungen, Schlaganfall, Sonstiges)?	☐ Nein ☐ Ja
b)	Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Emphysem, Schlafapnoe, Covid-19, COPD / chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Sonstiges)?	☐ Nein ☐ Ja
c)	Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Leber (z. B. Magengeschwür, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Fettleber, Darmentzündungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Ösophagusvarizen / Krampfadern der Speiseröhre, Sonstiges)?	☐ Nein ☐ Ja
d)	Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z. B. Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystennieren, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung, Zysten, Sonstiges)?	☐ Nein ☐ Ja
e)	Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse, Sonstiges)?	☐ Nein ☐ Ja
f)	Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Leukämie, Schilddrüsenknoten, Anämie, Gerinnungsstörungen, Sonstiges)?	☐ Nein ☐ Ja
g)	akute oder chronische Infektionen (z. B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, HIV / AIDS, Sonstiges)?	☐ Nein ☐ Ja
h)	Psyche (z. B. Angststörung, Depression, Neurose, Psychose, Essstörung, Überlastungszustand / Erschöpfung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Burn-out-Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch, Sonstiges)?	☐ Nein ☐ Ja
i)	Gehirn, Rückenmark, Nervensystem oder neurologischer Art (z. B. Hirnleistungsstörungen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Multiple Sklerose, Migräne oder Kopfschmerzen über dreimal im Monat, Sonstiges)?	☐ Nein ☐ Ja
j)	Rücken, Wirbelsäule, Bandscheiben (z. B. Nackenschmerzen, Lumbago, ärztlich behandelte Rückenbeschwerden, Ischias, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Rückgratverkrümmung, Sonstiges)?	☐ Nein ☐ Ja
k)	Knochen, Gelenke (z. B. Abnutzung (nicht altersbedingt), Bänderverletzung, Rheuma, Entzündung, Hüftfehlstellung, Arthrose, rheumatische Beschwerden, Beinverkürzung, Sonstiges)?	☐ Nein ☐ Ja
l)	Haut, Allergien (z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Pasoriasis, Hautveränderungen/-schwellungen/knoten/-geschwüre, Sonstiges)?	☐ Nein ☐ Ja
m)	Augen (z. B. Sehstörung, Hornhaut-/Netzhauterkrankung, Doppelbilder, grauer/grüner Star, Kurzsichtigkeit von mehr als +/−7 Dioptrien, erhöhter Augendruck, Sonstiges)?	☐ Nein ☐ Ja
n)	Ohren (z. B. Ohrensausen, Hörsturz, Tinitus, vermindertes Hörvermögen, Gleichgewichtsstörungen, Sonstiges)?	☐ Nein ☐ Ja

Wichtig: Falls Sie eine oder mehrere Fragen mit ja beantwortet haben, so machen Sie bitte dazu genauere Angaben (ggf. gesondertes Blatt nutzen):

Nähere Angaben zu Frage:

– Welche Untersuchung, Beratung, Behandlung erfolgte?
– Mit welchem Ergebnis?
– Zeitraum, Dauer, Häufigkeit
– Arzt bzw. sonstiger Behandler mit Anschrift

Folgenlos ausgeheilt? ☐ Nein ☐ Ja

Nähere Angaben zu Frage:

– Welche Untersuchung, Beratung, Behandlung erfolgte?
– Mit welchem Ergebnis?
– Zeitraum, Dauer, Häufigkeit
– Arzt bzw. sonstiger Behandler mit Anschrift

Folgenlos ausgeheilt? ☐ Nein ☐ Ja

Nähere Angaben zu Frage:

– Welche Untersuchung, Beratung, Behandlung erfolgte?
– Mit welchem Ergebnis?
– Zeitraum, Dauer, Häufigkeit
– Arzt bzw. sonstiger Behandler mit Anschrift

Folgenlos ausgeheilt? ☐ Nein ☐ Ja

Nähere Angaben zu Frage:

– Welche Untersuchung, Beratung, Behandlung erfolgte?
– Mit welchem Ergebnis?
– Zeitraum, Dauer, Häufigkeit
– Arzt bzw. sonstiger Behandler mit Anschrift

Folgenlos ausgeheilt? ☐ Nein ☐ Ja

Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen fortdauernd Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Weshalb?
- Zeitraum, Dauer, Häufigkeit?
- Welche Medikamente?

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 ☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Welche? Wann? Welcher Art?

Wurden in den letzten 5 Jahren Kontroll- / Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Welche Grunderkrankung lag vor?
  Wann? Welcher Arzt?

Gesundheitsangaben – bezogen auf die letzten 3 Monate

Bestehen oder bestanden darüber hinaus bei Ihnen in den letzten drei Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden? ☐ Nein ☐ 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.

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Welche Untersuchung, Beratung, Behandlung erfolgte? Mit welchem Ergebnis?
- Zeitraum, Dauer, Häufigkeit
- Arzt bzw. sonstiger Behandler mit Anschrift

Folgenlos ausgeheilt? ☐ Nein ☐ Ja,

Gesundheitsangaben – bezogen auf die letzten 10 Jahre

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

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Welche Untersuchung, Beratung, Behandlung erfolgte? Mit welchem Ergebnis?
- Zeitraum, Dauer, Häufigkeit
- Arzt bzw. sonstiger Behandler mit Anschrift

Folgenlos ausgeheilt? ☐ Nein ☐ Ja,

Allgemeine Erklärungen und Hinweise

Ich willige ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten von der Hannoverschen Lebensversicherung AG unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden
– im Rahmen der Übersendung von Mitteilungen per E-Postbrief oder De-Mails, falls ich eines dieser Verfahren nutze.

Gentests

Unter Gentests versteht man die vorhersagende Untersuchung der DNA, RNA oder der Chromosomen eines Gesunden, die auf die Feststellung genetischer Eigenschaften gerichtete Genproduktanalyse sowie diagnostische genetische Untersuchungen zur Abklärung von Krankheiten oder Medikamentenverträglichkeiten. Nach den Vorschriften des Gendiagnostikgesetzes dürfen wir von Versicherten weder vor noch nach Abschluss eines Versicherungsvertrages

– die Vornahme genetischer Untersuchungen und Analysen (Gentests) verlangen,
– die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen verlangen oder solche Ergebnisse entgegennehmen oder verwenden. Ausnahmen vom Mitteilungs- und Verwendungsverbot bereits vorliegender Ergebnisse gelten für den Abschluss von Lebens-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen, wenn die versicherte Leistung 300.000 EUR oder die versicherte Jahresrente 30.000 EUR übersteigt. Unabhängig davon sind aber Vorerkrankungen und Erkrankungen anzuzeigen.

Widerrufsbelehrung

Über die Fristen und sonstigen Voraussetzungen, wie Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen können, sowie über die Rechtsfolgen informieren wir Sie in der Verbraucherinformation und im Versicherungsschein.

Beitragszahlung an Vermittler

Sofern der Vermittler zum Inkasso nicht ausdrücklich ermächtigt wurde, ist er nach dem Vermittlervertrag zur Annahme von Beitragszahlungen nicht berechtigt.

Rechtsnachfolge bei privaten Versicherungen

Beim Tod des Versicherungsnehmers, der nicht gleichzeitig auch versicherte Person ist, wird die versicherte Person Versicherungsnehmer, sofern bis dahin nichts anderes bestimmt ist.

Konditionen

Unsere Beitragsangaben setzen normale Gesundheitsverhältnisse sowie Berufstätigkeiten und Freizeitaktivitäten ohne besondere Gefahren voraus und dass Sie die von Ihnen angegebene Berufstätigkeit ausüben.
Für diesen Antrag gelten die Bedingungen SBU19, VV17. Die Angaben und Unterlagen für dieses Angebot gelten bis zur Einführung neuer Tarife.
Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann es in Einzelfällen zu geringfügigen Abweichungen zwischen dem Angebot und den im Versicherungsschein verbindlich dokumentierten Werten kommen.
Gewinnverwendung: Haupttarif SBU Sofortgutschrift, z. Z. 22,50 %

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 Gesell-

schaft 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.

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.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers (VN)*
(auch Minderjährige ab 16 Jahren)

Unterschrift nicht vergessen!

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person(en) (VP), wenn VN ungleich VP* (auch Minderjährige ab 16 Jahren)

* Bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

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 digital development GmbH, VHV solutions GmbH, VHV Dienstleistungen GmbH, Hannoversche Direktvertriebs-GmbH, Hannoversche-Consult GmbH, Pensionskasse der VHV-Versicherungen, VVH Versicherungsvermittlung Hannover GmbH, WAVE Management AG

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

Stellen	Gegenstand / Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
VHV digital development GmbH	IT-Dienstleistungen	ja
VHV Holding AG	Vertrieb, Controlling, Revision, Angebotsbearbeitung/Vertragsverwaltung, Schadenmanagement und Leistungsbearbeitung	teilweise ja
VHV Vereinigte Hannoversche Versicherung a.G.	Inkasso/Mahnwesen, Compliance, Konzernrecht, Personal, Datenschutz und Informationssicherheit	teilweise ja
VHV solutions GmbH	Content Management, Steuerung und Qualitätsmanagement	ja
Hannoversche-Consult GmbH	Pensionsgutachten	ja
Hannoversche Direktvertriebs-GmbH	Telefonischer Kundenservice	ja
T.D.M. Telefon-Direkt-Marketing GmbH	In- und Outboundtelefonie, Angebotserstellung	ja
Majorel Wilhelmshaven GmbH	Verarbeitung elektronischer Posteingang- und Datenerfassung, Indizieren und Klassifizieren von Dokumenten, Unterstützung in der einfachen Vertragssachbearbeitung	ja
ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH	Durchführung von Kundenzufriedenheitsumfragen	nein
Rhenus Mailroom Services GmbH	Bearbeitung von Briefrückläufern	ja
Rhenus Archiv Services GmbH	Einlagerung und Anlieferung von archivierten Akten	ja
Rhenus: people! Hannover GmbH	Posteingangsbearbeitung und Datenerfassung	ja
Qidenus Group GmbH	Maschinelles Auslesen von Dokumenten	ja
Deutsche Post E-Post Solutions GmbH	Scannen und Indizieren von Dokumenten	ja
Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG	Adressrecherchen im Zuge der Briefrückläuferbearbeitung und Einwohnermeldeamtsanfragen	nein
documentus Köln GmbH	Vernichtung / Entsorgung	teilweise ja
Bechtle GmbH IT Systemhaus Hannover	Unterstützung im Bereich Service-Desk und Client-Support	teilweise ja
Amazon Web Services Inc.	Hosting, Cloudanwendung	teilweise ja
BSI Business Systems Integration AG	Durchführung von Marketing-Aktionen, zu Analysezwecken sowie zur zielgruppenspezifischen Ansprache von Kunden und potenziellen Kunden	teilweise ja
Customized Business Services GmbH	Druck von Dokumenten	ja
DATEN_PARTNER Gesellschaft für Direktmarketing und Informations-Technologie mbH	Druck von Dokumenten	ja
ISR Information Products AG	Automatisierung und Digitalisierung der Dokumentenverarbeitung	teilweise ja
E+S Rückversicherung AG https://www.es-rueck.de/datenschutz-es	Rückversicherungsleistungen	ja
General Reinsurance AG https://de.genre.com/ https://de.genre.com/privacypolicy	Rückversicherungsleistungen	ja
SCOR Global Life Deutschland https://www.scor.com/en/cookies-privacy	Rückversicherungsleistungen	ja
Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland https://www.swissre.com/privacy-policy.html	Rückversicherungsleistungen	ja
GEMINI DIRECT marketing solutions GmbH	Adresslieferant (Neukundenakquise)	nein
AZ Direct GmbH	Adresslieferant (Neukundenakquise)	nein
Neoskop GmbH	Programmierung und Wartung der Homepage	teilweise ja
SysEleven GmbH	Hosting	ja
Deutsche Bank AG (Bankauskünfte dt. Geldinstitute)	Bankauskünfte	nein
Schufa Holding AG https://www.schufa.de/global/datenschutz-dsgvo/	Adressabgleiche, Bonitätsauskünfte	nein
Creditreform Hannover-Celle Bissel KG https://www.creditreform.de/hannover/datenschutz	Bonitätsauskünfte	nein
infoscore Consumer Data GmbH https://finance.arvato.com/icdinfoblatt	Bonitätsauskünfte, Adressabgleiche	nein
Direct Line Marketing und Kommunikation GmbH	Telefonische Angebotsbearbeitung	nein
Dun&Bradstreet (ehem. BISNODE) https://www.dnb.com/de-de	Adressabgleich	nein

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, Sachverständige (insb. Ärzte, Psychologen, Psychiater)	Erstellung von Gutachten, Beratungsleistungen zu Rehabilitationsmaßnahmen/Behandlungsmöglichkeiten, Unterstützung bei der Leistungsbearbeitung und Risikoprüfung	ja
IT-Dienstleister	IT-Dienstleistungen	teilweise ja
Rechtsanwälte	Juristische Beratung	teilweise ja
Übersetzungsbüros	Übersetzungen	teilweise ja
Inkassounternehmen	Realisierung von Forderungen	nein
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
Marketingagenturen	Marketingaktionen	nein
Lettershops/Druckereien	Be- und Verarbeitung von Druckstücken zu Werbezwecken	nein
Entsorgungsunternehmen	Vernichtung von Akten	teilweise ja
Rückversicherungsmakler	Beratung und Platzierung von Rückversicherungsgeschäft	nein
Banken	Finanzdienstleistungen	nein

Ihre personenbezogenen Daten können auch außerhalb der Europäischen Union (EU) bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) von dem oben genannten Verantwortlichen verarbeitet werden. Die Verarbeitung geschieht stets unter Berücksichtigung der vertraglichen Beschränkungen in Bezug auf Vertraulichkeit und Sicherheit sowie entsprechend den geltenden Gesetzen und Bestimmungen zum Datenschutz. Eine solche Datenübermittlung an Stellen bzw. Staaten außerhalb der EU/EWR, insbesondere im Wege von Administrationszugriffen, ist auf der Grundlage der genannten Zwecke und Rechtsgrundlagen möglich. Eine Datenübermittlung erfolgt in diesen Fällen nur bei Vorliegen geeigneter Garantien im Sinne der Datenschutzgrundverordnung. Geeignete Garantien sind insbesondere ein vorliegender Angemessenheitsbeschluss der EU-Kommission (https://ec.europa.eu/info/law/law-topic/data-protection/international-dimension-data-protection/adequacy-decisions_en), mit den Dienstleistern vereinbarte EU-Standardvertragsklauseln oder durch das Unternehmen aufgestellte verbindliche Datenschutzvorschriften, welche von den Datenschutzaufsichtsbehörden anerkannt worden sind. Im Falle einer Datenübermittlung auf Grundlage von Art. 49 DSGVO wird hierüber gesondert informiert.

Hannoversche Lebensversicherung AG
VHV-Platz 1, 30177 Hannover

T 0511 9565-806

vmservice@hannoversche.de
partner.hannoversche.de