

Voranfrage

Berufsunfähigkeitsversicherung
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 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

Bitte ankreuzen

- Voranfrage für eine Berufsunfähigkeitsversicherung**
- Voranfrage für eine Risikoversicherung**

| | |
|-----------------|----------------------|
| Vermittler-Name | Vermittler-Nr. V L - |
| Ihr Zeichen 1 | 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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung Basis (Tarif B1-B) | <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung Basis Familie (Tarif B2-B) |
| <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung Comfort (Tarif B1-C) | <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung Comfort Familie (Tarif B2-C) |
| <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung Plus (Tarif B1-P) | <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung Plus Familie (Tarif B2-P) |
| <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung Exklusiv (Tarif B1-E) | <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung Exklusiv Familie (Tarif B2-E) |
| <input type="checkbox"/> Starter-Variante (Tarif-Option S) | |

| Tarif | Summenverlauf | Beitragszahlungsart |
|--|---------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> T1 | konstant | konstant |
| <input type="checkbox"/> TP1 (Partner) | konstant | konstant |
| <input type="checkbox"/> T3 | linear fallend | risikoadäquat |
| <input type="checkbox"/> T4 | nach Tilgungsplan fallend | risikoadäquat |
| <input type="checkbox"/> T7 | linear fallend | konstant |
| <input type="checkbox"/> 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

Zahlungsweise **1/** jährlich

Kollektiv-
vertrags-Nr.

Versicherungssumme

Versicherungsdauer

Jahre Endalter

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 beigegeführten 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?

EUR

Höhe der Todesfallsumme? / Höhe der BU/EU-Jahresrente

Nein Ja, und zwar

Bei welcher Gesellschaft?

EUR

Höhe der Todesfallsumme? / Höhe der BU/EU-Jahresrente

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 |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |

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)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| b) Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Emphysem, Schlafapnoe, Covid-19, COPD / chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Sonstiges)? | <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 / Krampfadern der Speiseröhre, Sonstiges)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| d) Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z. B. Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystennieren, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung, Zysten, Sonstiges)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| e) Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse, Sonstiges)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| f) Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Leukämie, Schilddrüsenknoten, Anämie, Gerinnungsstörungen, Sonstiges)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| g) akute oder chronische Infektionen (z. B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, HIV / AIDS, Sonstiges)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| h) Psyche (z. B. Angststörung, Depression, Neurose, Psychose, Essstörung, Überlastungszustand / Erschöpfung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Burn-out-Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch, Sonstiges)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| i) Gehirn, Rückenmark, Nervensystem oder neurologischer Art (z. B. Hirnleistungsstörungen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Multiple Sklerose, Migräne oder Kopfschmerzen über dreimal im Monat, Sonstiges)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| j) Rücken, Wirbelsäule, Bandscheiben (z. B. Nackenschmerzen, Lumbago, ärztlich behandelte Rückenbeschwerden, Ischias, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Rückgratverkrümmung, Sonstiges)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| k) Knochen, Gelenke (z. B. Abnutzung (nicht altersbedingt), Bänderverletzung, Rheuma, Entzündung, Hüftfehlstellung, Arthrose, rheumatische Beschwerden, Beinverkürzung, Sonstiges)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| l) Haut, Allergien (z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Psoriasis, Hautveränderungen/-schwellungen/knoten/-geschwüre, Sonstiges)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| m) Augen (z. B. Sehstörung, Hornhaut-/Netzhauterkrankung, Doppelbilder, grauer/grüner Star, Kurzsichtigkeit von mehr als +/-7 Dioptrien, erhöhter Augendruck, Sonstiges)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| n) Ohren (z. B. Ohrensausen, Hörsturz, Tinnitus, vermindertes Hörvermögen, Gleichgewichtsstörungen, Sonstiges)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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

Ort und Datum

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

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

* Bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

**Unterschrift
nicht vergessen!**

Dienstleisterliste

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

VHV Vereinigte Hannoversche Versicherung a.G., VHV Holding SE, 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 Brieffrückläufern | 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 Brieffrückläuferbearbeitung 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 Analyse Zwecken 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

vmervice@hannoversche.de

partner.hannoversche.de