

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 500.000 Euro, BU bis maximal 30.000 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**

UNSER SERVICEVERSPRECHEN

24-STUNDEN-VORANFRAGEN

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

Bitte ankreuzen **VORANFRAGE FÜR EINE BERUFSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG**
 VORANFRAGE FÜR EINE RISIKOVERSICHERUNG



Vermittler-Name	<input type="text"/>	Vermittler-Nr.	V L <input type="text"/>	-
Ihr Zeichen 1	<input type="text"/>	Ihr Zeichen 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 / arbeitssuchend Sonstiges

GEWÜNSCHTER VERSICHERUNGSUMFANG

Berufsunfähigkeitsversicherung Basis (Tarif B1-B) Berufsunfähigkeitsversicherung Basis Familie (Tarif B2-B)

Berufsunfähigkeitsversicherung Comfort (Tarif B1-C) Berufsunfähigkeitsversicherung Comfort Familie (Tarif B2-C)

Berufsunfähigkeitsversicherung Plus (Tarif B1-P) Berufsunfähigkeitsversicherung Plus Familie (Tarif B2-P)

Berufsunfähigkeitsversicherung Exklusiv (Tarif B1-E) Berufsunfähigkeitsversicherung Exklusiv Familie (Tarif B2-E)

Starter-Variante (Tarif-Option S)

Risikoversicherung (T1) Partner-Risikoversicherung (TP1) Risikoversicherung mit fallender Summe (T3)

Risikoversicherung nach Tilgungsplan (T4) Zinssatz % Tilgungssatz % Tilgungsfreie Anfangsjahre (möglich bei T3, T4): Jahre (max. 5 J.)

Als Plus-Tarif Als Exklusiv-Tarif (zu Tarif T1, T3, T4) Als Kollektivtarif (zu Tarif T1, T1-Plus)

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

Versicherungsbeginn 0 1 M M J J J J Zahlungsweise 1/ jährlich Kollektivvertrags-Nr.

Jahresrente

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 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?

- 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/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, machen Sie bitte nähere Angaben.

Welche Gesundheitsstörungen?

Welcher Grad der Störungen?

Fragen zu Sport, Hobby, Freizeit und Auslandsaufenthalten:

Sind Sie privat Gefahren ausgesetzt?

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-, Motor-, Ultraleichtflug, Segelfliegen, Fallschirmspringen), Motorsport, Kampfsport, Vielseitigkeitsreiten.

Nein Ja, machen Sie bitte nähere Angaben.

– Welcher Art?

Werden Sie voraussichtlich in den nächsten 12 Monaten für länger als 6 Monate ins außereuropäische Ausland reisen?

Nein 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

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, 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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)? 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, Psoriasis, 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 Augenruck, Sonstiges)? Nein Ja
- n) Ohren (z. B. Ohrensausen, Hörsturz, Tinnitus, 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

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, WV17. 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 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
Majorel Wilhelmshaven 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 Briefrückläufern	ja
Rhenus Office Systems GmbH	Einlagerung und Anlieferung von archivierten Akten	ja
documentus Deutschland GmbH	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

Hannoversche Lebensversicherung AG
VHV-Platz 1
30177 Hannover
T 0511.95 65-0
F 0511.95 65-806
hannoversche-partner.de