# Antrag

## Sterbegeldversicherung

700.0001.91 Stand 03.2024

// HANNOVERSCHE

**Hannoversche Lebensversicherung AG**
VHV-Platz 1 / 30177 Hannover
beratung@hannoversche.de / www.hannoversche.de

Kundenberatung Vertrag:
T 0511 9565-0
F 0511 9565-666

// HANNOVERSCHE

**Bitte füllen Sie den Antrag sorgfältig mit blauem oder schwarzem Kugelschreiber in Großbuchstaben aus**. Zutreffendes ankreuzen. Beachten Sie auch die Hinweise und Erläuterungen, insbesondere zu den Hinweisziffern, auf der vorherigen Seite. **Beantragt werden nur Versicherungen, die angekreuzt sind.**

# Antrag auf Sterbegeldversicherung

☐ Bereits versichert/Nr. – Vermittler-Nr. V L –
Ihr Zeichen 1 Ihr Zeichen 2

## Versicherungsnehmer (VN) 1. versicherte Person

Anrede ☐ Frau ☐ Herr

Vorname
Nachname
Straße Hausnummer
Postleitzahl Wohnort
Geburtsdatum T T M M J J J J Staatsangehörigkeit
Geburtsland Geburtsort
Telefon tagsüber* Fax
E-Mail* *freiwillige Angabe

## Versicherte Person

☐ Wie Versicherungsnehmer

Anrede ☐ Frau ☐ Herr

Vorname
Nachname
Straße Hausnummer
Postleitzahl Wohnort
Geburtsdatum T T M M J J J J Staatsangehörigkeit
Geburtsland
Telefon tagsüber* Fax *freiwillige Angabe

## Versicherungsumfang

Gewinnverwendung ☐ Verzinsliche Ansammlung ☐ Sofortgutschrift

☐ Sterbegeldversicherung-Basis (L6-Basis)
☐ Sterbegeldversicherung-Plus (L6-Plus)
☐ Sterbegeldversicherung-Exklusiv (L6-Exklusiv)

Versicherungsbeginn 0 1 M M J J J J Zahlungsweise 1/ jährlich
Versicherungssumme EUR(mind. 3.000 EUR; maximal 25.000 EUR)
Beitragsdauer (zwischen 65 und 95 Jahren)
Wartezeit (zwischen 12 und 36 Monaten)
Versicherungsdauer: lebenslang
**Zahlbeitrag gesamt / EUR gem. Zahlungsweise** ,

Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann es in Einzelfällen zu geringfügigen Abweichungen zwischen dem Angebot und den im Versicherungsschein verbindlich dokumentierten Werten kommen.

## Dynamik

☐ Ja, ich möchte meinen Versicherungsschutz gegen die Inflation absichern (Dynamik). Die Beitragszahlung erhöht sich damit jährlich um ☐ 1 % ☐ 2 % ☐ 3 % ☐ 4 % ☐ 5 % – ganz ohne erneute Gesundheitsprüfung. Ich kann diese Option jederzeit kostenlos kündigen.

## Bezugsrecht

Bezugsberechtigt für alle Erlebensfallleistungen, die aus der Versicherung fällig werden, ist die versicherte Person.
Bezugsberechtigt für die Todesfallleistung ist/sind:

- ☐ der Ehepartner/der eingetragene Lebenspartner zum Zeitpunkt des Todes
- ☐ der Ehepartner/der eingetragene Lebenspartner zum Zeitpunkt des Todes, falls verstorben, die berechtigten Kinder zum Zeitpunkt des Todes zu gleichen Teilen
- ☐ die Erben
- ☐ namentliche Nennung:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum T T M M J J J J

## SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Für diesen Vertrag wird das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren vereinbart. Zu diesem Zweck erteile ich/erteilen wir der Hannoverschen Lebensversicherung AG folgendes SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige/Wir ermächtigen Sie, Zahlungen von meinem/unserem unten angegebenen Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Hiermit weise ich mein/weisen wir unser unten genanntes Geldinstitut zugleich an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
**Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN

Bitte nur angeben, wenn der Beitragszahler/Kontoinhaber **nicht** Versicherungsnehmer ist:

Vorname

Nachname

Ort, Datum und Unterschrift des Beitragszahlers (wenn **nicht** Versicherungsnehmer)

(Nach dem Geldwäschegesetz muss in diesem Fall der Versicherungsnehmer gesondert identifiziert werden.)

SEPA-Basis-Lastschriftmandat gilt widerruflich für ☐ alle meine Verträge, die bei der Hannoverschen Leben bestehen ☐ nur für diesen Vertrag

## Geldwäschegesetz

### Wirtschaftlich Berechtigter

Vertragsabschluss und Beitragszahlung erfolgen auf meine/unsere eigene Veranlassung.

☐ Ja, ich kann/wir können das bestätigen. ☐ Nein, ich wurde/wir wurden hierzu beauftragt von:

Vorname

Nachname

Anschrift

Beziehung zu dieser Person

### Politisch exponierte Person

Bitte bestätigen Sie, dass weder der Versicherungsnehmer noch ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter oder Bezugsberechtigter ein wichtiges öffentliches Amt ausüben oder in den letzten 12 Monaten ausgeübt haben („politisch exponierte Person)“. Weder der Versicherungsnehmer noch ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter oder Bezugsberechtigter sind Familienmitglieder oder stehen in Geschäftsbeziehung zu einer solchen Person. „Wichtig“ sind Ämter im In- und Ausland mit Entscheidungsbefugnis auf oberster Staatsebene sowie in entsprechenden Organen wie Bundesbehörden, Botschaften, Bundesgerichten oder Leitungsfunktionen in Bundesunternehmen bzw. in Unternehmen im mehrheitlichen Eigentum des Bundes.

☐ Ja, ich kann/wir können das bestätigen. ☐ Nein, eine dieser Personen übt ein wichtiges öffentliches Amt aus:

Erläuterung:

## Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz

Der Versicherungsnehmer wurde gemäß den Vorschriften des Geldwäschegesetzes persönlich identifiziert. Hierfür wurde ein gültiger Personalausweis/Reisepass im Orginal vorgelegt. Eine gut lesbare Kopie der Vor- und Rückseite des vorgelegten Dokuments inkl. aller personenbezogenen Daten ist diesem Antrag zwingend beizufügen.

Ort, Datum

Unterschrift des Vermittlers/Außendienstmitarbeiters der VHV-Gruppe

# Wichtige Erklärungen des Versicherungsnehmers und der versicherten Person

## 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.**

### 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.

### Konditionen

– Für diesen Antrag gelten die Bedingungen SG24.
– 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 L6 Basis/L6 Plus/L6 Exklusiv: Verzinsliche Ansammlung oder Sofortgutschrift.
– Wir machen darauf aufmerksam, dass Beiträge zu zahlen sind, deren Gesamtbetrag die versicherte Leistung unter Umständen übersteigt.

## Einwilligung zur Verwendung von personenbezogenen Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Der Abschluss dieser Versicherung ist nicht an Gesundheitsfragen geknüpft. Um unsere Leistungspflicht nach dem Tod des Versicherten prüfen zu können, kann es erforderlich sein, personenbezogenen Daten zu erheben, um die genaue Todesursache zu klären. Beispielsweise kann es während der vereinbarten Wartezeit oder bei vereinbarten Zusatzleistungen bei Unfalltod notwendig sein, festzustellen, ob ein Unfallereignis für den Tod ursächlich war oder nicht.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Hannoversche Lebensversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister, weiterleiten 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 Versicherungsvertrags in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten
– im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 1.)
– bei der Weitergabe an Stellen außerhalb unseres Unternehmens (unter 2.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

### 1. Abfrage von personenbezogenen Daten bei Dritten

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine personenbezogenen Daten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten personenbezogenen Daten zur Todesursache aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen an die Hannoversche Lebensversicherung AG übermittelt werden.

### 2. Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Hannoverschen Lebensversicherung AG

Die Hannoversche Lebensversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

### 2.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht bei Unfalltod kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Hannoversche Lebensversicherung AG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre personenbezogenen Daten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden.

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

### 2.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Hannoversche Lebensversicherung AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung, bei denen es im Falle einer Leistungsprüfung bei Unfalltod zu einer, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung 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 Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Hannoversche Lebensversicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogenen Daten für die Hannoversche Lebensversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Dienstleisterliste der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet www.hannoversche.de/datenschutz eingesehen oder bei der Hannoverschen Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1,30177 Hannover, T 0511 9565-0 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Hannoversche Lebensversicherung AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG meine personenbezogenen Daten im Falle einer Leistungsprüfung an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die personenbezogenen Daten dort für die Leistungsprüfung im gleichen Umfang, verarbeitet und genutzt werden, wie die Hannoversche Lebensversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der VHV-Gruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von personenbezogenen Daten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 2.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Hannoversche Lebensversicherung AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Hannoversche Lebensversicherung AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Hannoversche Lebensversicherung AG das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Beitragszahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Daten verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

## Unterschriften

### 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

### Empfangsbestätigung

Ich bestätige den Empfang des Informationsblatts zu Versicherungsprodukten, der Verbraucherinformation, der Widerrufsbelehrung, der Beratungsdokumentation (oder die Dokumentation des Beratungsverzichtes einschl. Hinweis über die Folgen eines Beratungsverzichtes), der Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Leistungen, Modellrechnung nach § 154 VVG der Hinweise zum Datenschutz, der Dienstleisterliste sowie der dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen.

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

### Antrag und SEPA-Mandat

Ich beantrage die oben beschriebene Versicherung und gebe die im Antragsformular enthaltenen Erklärungen ab. Die Gesundheitsfragen sind von der versicherten Person auf diesem Antragsformular beantwortet worden.

Für diesen Vertrag ist das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren vereinbart. Zu diesem Zweck erteile ich/erteilen wir der Hannoverschen Lebensversicherung AG ein SEPA-Mandat (sofern nicht vom abweichenden Kontoinhaber bereits erteilt).

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

**Hannoversche Lebensversicherung AG**
VHV-Platz 1, 30177 Hannover

**T** 0511 9565-0

**hannoversche.de**