

# ANTRAG

## RISIKO

# ANTRAGSTELLUNG LEICHT GEMACHT

**Sie können Ihre Versicherung bei der Hannoverschen ganz einfach beantragen. Die Erläuterungen zu den Ziffern 1–11 erleichtern das Ausfüllen.**

**1 Versicherungsnehmer/-in** ist, wer die Versicherung abschließt, über sie verfügen kann und zur Beitragszahlung verpflichtet ist. Zur einfacheren Vertragsführung nennen Sie uns bitte auch bei Partnertarifen nur eine Person.

**Sind Versicherungsnehmer/-in und versicherte Person nicht identisch**, können Sie schon jetzt für den Fall des Ablebens des Versicherungsnehmers vor der versicherten Person eine „aufschiebend bedingte“ Versicherungsnehmer-Übertragung vereinbaren. Die folgende Erklärung befindet sich in den „Allgemeinen Erklärungen“:

**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. Bitte beachten Sie: Wir sind verpflichtet, eine Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft der Finanzbehörde zu melden.

**2 Versicherte Person(en):** Auf ihr Leben wird die Versicherung abgeschlossen; nach ihrem Alter wird der Beitrag berechnet. Die Fälligkeit von Leistungen hängt von der versicherten Person ab. Die vereinbarte Todesfalleistung zahlen wir, wenn die versicherte Person stirbt.

**3** Kreuzen Sie bitte den Tarif an, den Sie aus unseren Vorschlägen gewählt haben.

**4 Versicherungsbeginn** kann jeder Monatserste sein, jedoch kein Tag innerhalb eines Monats.

**5** Sie können die laufenden **Beiträge** jährlich oder unterjährlich zahlen. Am bequemsten und wirtschaftlichsten ist das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren zum Einzug von einem Bank- oder Sparkassen-Girokonto. Damit erübrigt sich in der Regel auch eine Identifizierung nach dem „Geldwäschegesetz“.

**6 Zusatzversicherungen** ergänzen die geplante Absicherung. Schließen Sie eine **Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung** ab, übernehmen wir bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person die Beitragszahlung für die Risikoversicherung und eingeschlossene Zusatzversicherungen. Sie können die geplante Absicherung mit einer **Unfalltod-Zusatzversicherung** erweitern. Dann zahlen wir bei Unfalltod der versicherten Person die Unfallsomme zusätzlich zu den sonst fälligen Leistungen.

**7** Die **Dynamisierung** einer Risikoversicherung T1/T1-Plus/T1-Exklusiv ist für anfängliche Versicherungssummen bis 200.000 EUR möglich. Die jährliche Erhöhung beträgt 3% der Versicherungssumme. Dies führt zu einer Erhöhung der Beiträge. Sie können die dynamischen Anpassungen jederzeit kostenlos aussetzen oder beenden. Einzelheiten entnehmen Sie den besonderen Bedingungen für Dynamik bei Risikoversicherungen. Eingeschlossene Unfalltod-Zusatzversicherung wird nicht dynamisiert.

**8 Bezugsberechtigt** ist, wer die Versicherungsleistung bei Ablauf oder Tod der versicherten Person erhalten soll. Klare Formulierungen helfen, um den Bezugsberechtigten zweifelsfrei identifizieren zu können. Nennen Sie uns die Person(en), die Sie begünstigen wollen, mit Vor- und Zunamen, Geburtsnamen und Geburtsdaten.

**9** Sollten eine **ärztliche Untersuchung** oder weitere Gesundheitserklärungen erforderlich sein, erhalten Sie von uns die dazu notwendigen Unterlagen.

**10** Für die Prüfung Ihres Antrags kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Dafür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung. **Bitte wählen Sie durch Ankreuzen eine der beiden genannten Möglichkeiten aus.**

**11 Bitte die Bestätigungen und Unterschriften auf der letzten Seite nicht vergessen!**

**Für die Risikoversicherung gilt sofort ab Antragseingang vorläufiger Versicherungsschutz gemäß Bedingungen.**

## Unsere Versicherungsbedingungen

Die nachstehend aufgeführten Versicherungsbedingungen gelten für diesen Antrag:

Allgemeine Bedingungen für die Lebensversicherung

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

Besondere Bedingungen für die Risikoversicherung

Besondere Bedingungen für Dynamik bei Risikoversicherungen

Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Besondere Bedingungen für die Unfalltod-Zusatzversicherung

Gültig für die Tarife:

alle

alle außer UZ

T1, T1-Plus, T1-Exklusiv, TP1, TP1-Plus, T3, T3-Plus, T3-Exklusiv, T4, T4-Plus, T4-Exklusiv

T1D, T1-PlusD, T1-ExklusivD

BZ

UZ



**DYNAMIK 7**

Ja, meine Versicherungssumme soll jährlich um 3 % wachsen (nur möglich bei den T1-Tarifen und Versicherungssummen bis maximal 200.000 EUR). Diese Erhöhungen erfolgen ohne weitere Gesundheitsprüfung. Die Dynamik kann ich jederzeit widerrufen.

**BEZUGSRECHT 8**

Bezugsberechtigt für alle Leistungen, die aus der Versicherung fällig werden, ist a) der Versicherungsnehmer, b) falls verstorben, ist es:

Name

Geburtsdatum 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

**RISIKO- UND GESUNDHEITSERKLÄRUNG DER VERSICHERTEN PERSON 9****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!**

**Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 5 Jahre:****1. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Heilbehandler, Therapeuten (also auch Psychotherapeuten und Psychologen) untersucht, beraten oder behandelt worden hinsichtlich:**

- a) des Herzens, des Kreislaufs, der Gefäße (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Durchblutungsstörung, Venenentzündung, Thrombose, Lymphödem/Schwellungen, Schlaganfall)?  Nein  Ja
- b) Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Emphysem, Schlafapnoe, COPD/chronisch obstruktive Lungenerkrankung)?  Nein  Ja
- c) Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Leber (z. B. Magengeschwür, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Fettleber, Darmentzündungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Ösophagusvarizen/Krampfader der Speiseröhre)?  Nein  Ja
- d) Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z. B. Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystennieren, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung, Zysten)?  Nein  Ja
- e) des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)?  Nein  Ja
- f) Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörungen, Schilddrüsenknoten)?  Nein  Ja
- g) akuter oder chronischer Infektionen (z. B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, HIV/AIDS)?  Nein  Ja
- h) der Psyche (z. B. Angststörung, Depression, Neurose, Psychose, Essstörung, Überlastungszustand/Erschöpfung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Burn-out-Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch)?  Nein  Ja
- i) des Gehirns, Rückenmarks, Nervensystems oder neurologischer Art (z. B. Hirnleistungsstörungen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Multiple Sklerose, Migräne oder Kopfschmerzen über dreimal im Monat)?  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: \_\_\_\_\_

– Art, Verlauf, Folgen (z. B. Störung oder Beschwerden)  
– Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?  
– Wann? Wie oft? Wie lange?  
– Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)

– Bestehen noch Beschwerden und/oder Folgen?

Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Nähere Angaben zu Frage: \_\_\_\_\_

– Art, Verlauf, Folgen (z. B. Störung oder Beschwerden)  
– Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?  
– Wann? Wie oft? Wie lange?  
– Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)

– Bestehen noch Beschwerden und/oder Folgen?

Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Nähere Angaben zu Frage: \_\_\_\_\_

– Art, Verlauf, Folgen (z. B. Störung oder Beschwerden)  
– Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?  
– Wann? Wie oft? Wie lange?  
– Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)

– Bestehen noch Beschwerden und/oder Folgen?

Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**2. 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:

– Art, Verlauf, Folgen (z. B. der Krankheit, Störung)  
– Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?  
– Wann? Wie oft? Wie lange?  
– Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)

– Bestehen noch Beschwerden und/oder Folgen?

Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

3. 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?
- Wann? Wie oft? Wie lange?
- Welche Medikamente?

4. 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 Betäubungsmittel beraten oder behandelt?

Nein  Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Welche Betäubungsmittel oder Drogen?
- Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)

5. Wurden in den letzten 5 Jahren Kontroll- / Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt?

Nein  Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Grund für die Kontrolle/Nachsorge?
- Welche Grunderkrankung / Störung lag diesen Untersuchungen zugrunde?

Die folgende Frage bezieht sich auf den Zeitraum der letzten 10 Jahre:

6. 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:

- Art, Verlauf, Folgen (z. B. der Krankheit, Störung)
- Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?
- Wann? Wie oft? Wie lange?
- Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)

- Bestehen noch Beschwerden und/oder Folgen?

Nein  Ja, und zwar:

Allgemeine Fragen zur Gesundheit:

7. Besteht eine Erwerbsminderung (mE), 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?

8. Wie groß und wie schwer sind Sie?

Bitte machen Sie hier Ihre Angaben:

Größe:  cm

Gewicht:  kg

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

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

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

Stück

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

Bitte geben Sie hier Name und Anschrift des Arztes an:

Fragen zu Sport, Hobby, Freizeit und Auslandsaufenthalten:

11. Sind Sie privat Gefahren ausgesetzt?

Nein  Ja

Hierzu zählen das Fahren eines motorisierten Zweirades über 50 ccm, eines Quads oder Trikes (auch Saisonfahrer), Tauchsport (außer reines Schnorcheln), Bergsport (außer reine Bergwanderungen auf gekennzeichneten Wanderwegen oder Klettern an künstlichen Kletterwänden), Flugsport (z.B. Drachen-, Gleitschirm-, Segelfliegen, Motorflug, Ultraleichtflug, Fallschirmspringen), Motorsport, Kampfsport, Vielseitigkeitsreiten.

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Welcher Art?



# WICHTIGE ERKLÄRUNGEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS UND DER VERSICHERTEN PERSON

## ALLGEMEINE ERKLÄRUNGEN UND HINWEISE

Ich willige ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten von der Hannoversche Lebensversicherung AG unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden – bei Basisrenten-Verträgen und Riesterrenten-Verträgen zur Übermittlung der Beitragsdaten an die zentrale Stelle, – im Rahmen der Übersendung von Mitteilungen per E-Postbrief oder De-Mail, 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.

### 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.

### Widerspruch gegen Werbung

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der VHV-Gruppe\* und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos unter keinservice@hannoversche.de widersprechen.

\*Siehe Merkblatt zum Datenschutz

## EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG VON GESUNDHEITSDATEN UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

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.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages **unentbehrlich**. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel **nicht möglich** sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb unseres Unternehmens (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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. 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 in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z.B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für

diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (1) oder später im Einzelfall (2) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. **Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:**

Bitte auswählen und ankreuzen!

#### Möglichkeit 1:

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten 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 Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Hannoversche Lebensversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Hannoversche Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Hannoversche Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

#### Möglichkeit 2:

Ich wünsche, dass mich die Hannoversche Lebensversicherung AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Hannoversche Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Hannoversche Lebensversicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

**Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.**



Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Hannoversche Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

## 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die Hannoversche Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein (siehe oben 2.1. – Möglichkeit 1).

## 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten 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.

### 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Hannoversche Lebensversicherung AG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht 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.

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

Die Hannoversche Lebensversicherung AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten 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 Gesundheitsdaten für die Hannoversche Lebensversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Merkblatt zum Datenschutz der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet [www.hannoversche.de/allgemeine-informationen.htm](http://www.hannoversche.de/allgemeine-informationen.htm) eingesehen oder bei der Hannoverschen Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover, Tel.: 0511/95650 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an 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 Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten 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 VHV-Gruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.3. 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 das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Hannoversche Lebensversicherung AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder 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 Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Hannoversche Lebensversicherung AG unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Hannoversche Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleneinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH (Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden, [www.informa-his.de](http://www.informa-his.de)) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann die Hannoversche Lebensversicherung AG an das HIS melden. Die Hannoversche Lebensversicherung AG und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die Hannoversche Lebensversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die Hannoversche Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2.1).

### 3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler bei Einschaltung eines Vermittlers

Die Hannoversche Lebensversicherung AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.



Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

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

#### 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Hannoversche Lebensversicherung AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für

den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Die Hannoversche Lebensversicherung AG speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Hannoversche Lebensversicherung AG und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

**Die Datenschutz-Einwilligungserklärung und die Schweigepflichtentbindungserklärung sind mit den Datenschutzbehörden abgestimmt.**

## 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.

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer (auch Minderjährige ab 16)\*

Unterschrift versicherte Person (wenn nicht Versicherungsnehmer)\* (auch Minderjährige ab 16)

\*Bei Minderjährigen: Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

**Unterschrift nicht vergessen!**

### EMPFANGSBESTÄTIGUNG

Ich bestätige den Empfang des Produktinformationsblatts, der Verbraucherinformation, der Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Leistungen, des Merkblatts zur Anzeigepflichtverletzung, des Merkblatts zum Datenschutz sowie der dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen.

Unterschrift Versicherungsnehmer  
(Bei Minderjährigen: Unterschrift der gesetzlichen Vertreter)

**Unterschrift nicht vergessen!**

### 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.

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer\*

Unterschrift versicherte Person (wenn nicht Versicherungsnehmer)\*

\*Bei Minderjährigen: Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

**Unterschrift nicht vergessen!**

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).

# MERKBLATT ZUM DATENSCHUTZ

## Der VHV Gruppe gehören derzeit folgende Unternehmen an:

VHV Vereinigte Hannoversche Versicherung a. G., VHV Holding AG, VHV Allgemeine Versicherung AG, Hannoversche Lebensversicherung AG, Hannoversche Direktversicherung AG, VHV solutions GmbH, VHV Dienstleistungen GmbH, VHV Vermögensanlage AG, Pensionskasse der VHV Versicherungen, Hannoversche Direktvertriebs-GmbH, Hannoversche-Consult GmbH, HANNO-PENSION-Versorgungs-Management e.V., Rhein-Ruhr-Vermögensverwaltungsgesellschaft mbH, VAV Versicherungen-AG, Wien, VHV Versicherungsvermittlung Hannover GmbH, WAVE Management AG

## Stellen, bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand des Auftrags ist:

Auftraggeber	Stellen/Dienstleister	Aufgaben	Gesundheitsdaten
Alle Konzerngesellschaften	VHV solutions GmbH	Angebotsbearbeitung/Vertragsverwaltung, Schadenmanagement und Leistungsbearbeitung, IT-Dienstleistungen	ja
	VHV Holding AG	Vertrieb, Controlling, Revision	teilweise ja
	VHV Vereinigte Hannoversche Versicherung a.G.	Inkasso/Mahnwesen, Compliance, Konzernrecht, Personal	teilweise ja
	Deutsche Post E-POST Solutions GmbH	Digitalisierung und Klassifizierung von physischer Eingangspost	ja
VHV solutions GmbH	Canon Deutschland Business Services GmbH	Druck von Dokumenten	ja
Hannoversche Lebensversicherung AG, Hannoversche Direktversicherung AG	Hannoversche Direktvertriebs-GmbH	Telefonischer Kundenservice	ja
VHV Allgemeine Versicherung AG, VHV Vereinigte Hannoversche Versicherung a.G., Hannoversche Direktversicherung AG	Roland Assistance GmbH	Telefonischer Kundenservice	ja
Hannoversche Lebensversicherung AG	arvato direct services GmbH	Posteingangs- und Datenerfassung, Angebotserstellung und Antragserfassung in der Lebensversicherung	ja
Hannoversche Lebensversicherung AG	Rhenus Mailroom Services GmbH	Bearbeitung von Briefrückläufern	ja
Hannoversche Lebensversicherung AG	Rhenus Office Systems GmbH	Einlagerung und Anlieferung von archivierten Akten des Auftraggebers	
Hannoversche Lebensversicherung AG	Pro Claims Solutions GmbH	Unterstützung bei der Leistungsbearbeitung und Risikoprüfung	ja
VHV Allgemeine Versicherung AG, Hannoversche Lebensversicherung AG	Relntra GmbH	Unterstützung bei der Leistungsbearbeitung und Risikoprüfung	ja
VHV Allgemeine Versicherung AG, Hannoversche Lebensversicherung AG	T.D.M. Telefon-Direkt-Marketing GmbH	In- und Outboundtelefonie	ja

## Kategorien von Stellen, bei denen die Datenverarbeitung nicht der Hauptgegenstand des Auftrages ist oder die nur gelegentlich tätig werden:

Auftraggeber	Kategorien von Stellen	Aufgaben	Gesundheitsdaten
Alle Konzerngesellschaften	Gutachter und Sachverständige (Ärzte, Psychologen, Psychiater)	Erstellung von Gutachten, Beratungsleistungen zu Rehabilitationsmaßnahmen und weiteren Behandlungsmöglichkeiten, Unterstützung bei der Leistungsbearbeitung und Risikoprüfung	ja
	IT-Dienstleister	IT-Dienstleistungen	ja
	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Call-Center	Telefondienstleistungen (Inboundtelefonie)	ja
	Rechtsanwälte	Juristische Beratung	teilweise ja
	Inkassounternehmen	Realisierung von Forderungen	nein
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
	Marketingagenturen	Marketingaktionen	nein
	Aktenlager	Lagerung und Archivierung von Akten	ja
	Entsorgungsunternehmen	Vernichtung von Akten	ja
	Lettershops/Druckereien	Postsendungen/Newsletter	nein
	Banken	Finanzdienstleistungen	nein

## Bitte beachten Sie die wichtigen Hinweise auf der nächsten Seite!

# HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER DATEN

## Informationen zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den **Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct)** verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Die Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover, ist diesen Verhaltensregeln beigetreten und hat sich zu deren Einhaltung verpflichtet. Die Verhaltensregeln können Sie im Internet unter [www.hannoversche.de/allgemeine-informationen.htm](http://www.hannoversche.de/allgemeine-informationen.htm) abrufen.

Ebenfalls im Internet abrufen können Sie eine Liste der Auftragnehmer und Dienstleister, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie eine Liste der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch übersenden wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Liste oder der Verhaltensregeln. Bitte wenden Sie sich dazu an die Hannoversche Lebensversicherung AG, Datenschutzbeauftragter, VHV-Platz 1, 30177 Hannover, E-Mail: [datenschutz@hannoversche-leben.de](mailto:datenschutz@hannoversche-leben.de)

Sofern wir Dienstleister zur eigenverantwortlichen Aufgabenerfüllung im Sinne des Art. 22 Code of Conduct einsetzen (z.B. Gutachter), haben Sie die Möglichkeit, der Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an den Dienstleister zu widersprechen, sofern Sie wegen Ihrer besonderen persönlichen Situation schutzwürdige Interessen geltend machen können, die unsere Interessen überwiegen.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie geltend machen beim Datenschutzbeauftragten der Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover, E-Mail: [datenschutz@hannoversche-leben.de](mailto:datenschutz@hannoversche-leben.de)

**Hannoversche Lebensversicherung AG**  
**VHV-Platz 1**  
**30177 Hannover**  
**T 0511.95 65-0**  
**F 0511.95 65-666**  
**[hannoversche.de](http://hannoversche.de)**