

ANTRAG

BERUFSUNFÄHIGKEIT

ANTRAGSTELLUNG LEICHT GEMACHT

Sie können Ihre Versicherung bei der Hannoverschen ganz einfach beantragen. Die Erläuterungen zu den Ziffern 1–9 erleichtern das Ausfüllen.

1 **Versicherungsnehmer/-in** ist, wer die Versicherung abschließt, über sie verfügen kann und zur Beitragszahlung verpflichtet ist.

Sind Versicherungsnehmer/-in und versicherte Person nicht identisch, können Sie schon jetzt für den Fall des Ablebens des Versicherungsnehmers 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:** Ihre Fähigkeit, in ihrem derzeit ausgeübten Beruf tätig zu sein, wird versichert; nach ihrem Alter und Ihrem bei Vertragsabschluss ausgeübten Beruf wird der Beitrag berechnet. Die Fälligkeit von Leistungen hängt von der versicherten Person ab. Die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente zahlen wir, wenn die versicherte Person berufsunfähig wird.

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 Die **Dynamisierung** einer Berufsunfähigkeitsversicherung ist für eine Berufsunfähigkeitsrente bis 36.000 EUR p.a. möglich. Die jährliche Erhöhung beträgt 3% der Jahresrente (bis maximal 48.000 Euro p.a.). Dies führt zu einer Erhöhung der Beiträge. Sie können die dynamischen Anpassungen jederzeit kostenlos aussetzen oder beenden. Einzelheiten entnehmen Sie den Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung.

Die Leistungsdynamik ist möglich bei einer anfänglichen Berufsunfähigkeitsrente von höchstens 36.000 Euro p. a. Die jährliche Erhöhung beträgt 2 % der Jahresrente bei Bezug (bis maximal 48.000 Euro p.a.).

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

8 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.**

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

Für die Berufsunfähigkeitsversicherung gilt sofort ab Antragseingang vorläufiger Versicherungsschutz gemäß Bedingungen.

Unsere Versicherungsbedingungen

Die nachstehend aufgeführten Versicherungsbedingungen gelten für diesen Antrag:
Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung

Gültig für die Tarife:
B1-B, B1-P, B1-C, B1-E, B2-B, B2-P,
B2-C, B2-E

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

alle

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 Hinweisnummern, auf der vorherigen Seite. Beantragt werden nur Versicherungen, die angekreuzt sind.

ANTRAG AUF BERUFSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG



<input type="checkbox"/> Bereits versichert / Nr.		-						Vermittler-Nr. VL	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> L								-	
Ihr Zeichen 1								Ihr Zeichen 2											

VERSICHERUNGSNEHMER (VN) 1

Anrede Frau Herr

Vorname

Nachname

Straße

Postleitzahl

Wohnort

Hausnummer

Geburtsdatum T T M M J J J J

Staatsangehörigkeit

Geburtsland

Geburtsort

Telefon tagsüber*

Fax*

E-Mail*

Derzeitige Berufstätigkeit

*freiwillige Angabe

VERSICHERTE PERSON 2 Wie Versicherungsnehmer

Anrede Frau Herr

Vorname

Nachname

Straße

Postleitzahl

Wohnort

Hausnummer

Geburtsdatum T T M M J J J J

Staatsangehörigkeit

Geburtsland

Telefon tagsüber*

Fax*

Familienstand Single bzw. allein- oder getrennt lebend verheiratet oder zusammenlebend sonstiges

Anzahl minderjähriger Kinder im gleichen Haushalt 0 1 2 3 4 und mehr

Berufstätigkeit

Berufsstatus

Selbständige(r) / Freiberufler Beamte(r) Angestellte(r) Arbeiter(in) Hausfrau/-mann / in Elternzeit

Student(in) Schüler(in) Auszubildende(r) arbeitslos / arbeitssuchend Sonstiges

Höchster Bildungsabschluss

Studium (Hochschule, Fachhochschule) Hochschul-/Fachhochschulreife Meisterprüfung

Berufsausbildung/Berufsakademie Schulabschluss ohne Abschluss

VERSICHERUNGSUMFANG 3 (Gewinnverwendung Sofortgutschrift) Vorläufiger Versicherungsschutz gem. Bedingungen

<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)	
<input type="checkbox"/> Für Raucher <input type="checkbox"/> Für Nichtraucher seit 12 Monaten	<input type="checkbox"/> Für Nichtraucher seit 10 Jahren (siehe Nichtrauchererklärung)

4 Versicherungsbeginn 0 1 M M J J J J

Jahresrente

Versicherungsdauer Jahre Endalter

Zahlungsweise 1/ jährlich 5

700.0001.86 Stand 06.2021

DYNAMIK (Tarif-Option D) 6

- Ja, meine Jahresrente soll jährlich um 3 % wachsen (nur möglich bei Jahresrenten bis maximal 48.000 EUR p.a.). Diese Erhöhungen erfolgen ohne weitere Gesundheitsprüfung. Die Dynamik kann ich jederzeit widerrufen.

Leistungsdynamik (Tarif-Option L)

- Ja, die Jahresrente soll im Falle eines Leistungsbezuges jährlich um 2 % wachsen (nur möglich bei Jahresrenten bis maximal 48.000 EUR p.a.).

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.

RISIKO- UND GESUNDHEITSERKLÄRUNG DER VERSICHERTEN PERSON 7**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: cmGewicht: 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/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, machen Sie bitte nähere Angaben.

Welche Untersuchung, Beratung, Behandlung erfolgte? Mit welchem Ergebnis?

Zeitraum, Dauer, Häufigkeit

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-, Motorflug-, 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?

BU EU Leben
EUR

Todesfallsumme oder 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

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

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), Geschwülbildung, 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

Informationen rund um die Themen Datenerhebung und Datenschutz können Sie bequem auf unserer Homepage www.hannoversche.de unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

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.

SEPA-BASIS-LASTSCHRIFTMANDAT

Für diesen Vertrag wird das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren vereinbart. Zu diesem Zweck erteile ich der Hannoverschen Lebensversicherung AG folgendes SEPA-Lastschriftmandat. Ich ermächtige Sie, Zahlungen von meinem unten angegebenen Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Hiermit weise ich das unten genannte Geldinstitut zugleich an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN BIC (nur erforderlich bei ausländischer Bankverbindung)

Name der Bank

Das SEPA-Basis-Lastschriftmandat gilt für alle meine Verträge bei der Hannoverschen Lebensversicherung AG

Sie sind Beitragszahler/Kontoinhaber, aber nicht Versicherungsnehmer? Wenn ja, bitte ausfüllen:

Vorname, Nachname

Straße Nr. PLZ Ort

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

Vertragsabschluss und Beitragszahlung erfolgen auf meine/unsere eigene Veranlassung. Nein, ich wurde/wir wurden hierzu beauftragt von:

Vorname
Nachname
Anschrift
Beziehung zu dieser Person

Politisch exponierte Person

Ich bestätige, dass weder ich noch ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter oder Bezugsberechtigter ein wichtiges öffentliches Amt ausüben oder in den letzten 12 Monaten ausgeübt haben („politisch exponierte Person“). Weder ich 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 Bundes-Unternehmen.

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 Original 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

NICHTRAUCHERERKLÄRUNG DER VERSICHERTEN PERSON (gilt zusätzlich für Nichtraucher-Berufsunfähigkeitsversicherung):

Nichtraucher ist, wer in den vergangenen 12 Monaten (bei N-Tarifen) bzw. 10 Jahren (bei N10-Tarifen) vor Abgabe der Vertragserklärung aktiv nicht geraucht hat und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben. Rauchen meint dabei zum einen das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen. Zum anderen fällt unter Rauchen auch die Verwendung elektrischer Verdampfer und Erhitzer, wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen sowie die Verwendung von Wasserpfeifen (zum Beispiel Shisha).

Unterschriften am Ende nicht vergessen!

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.

EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG VON GESUNDHEITSDATEN UND SCHWEIGEFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

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

- 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 Versicherungsvertrags 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 StGB 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:

Sie stimmen einmalig zu – wir übernehmen alles Weitere.

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 10 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 einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Hannoversche einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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 5 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 10 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 10 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. zu einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein (siehe Ziffer 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 zurückübermittelt 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 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, Tel.: 0511.95 65-0 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 weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. 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.

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von 3 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 Informationsblatts zu Versicherungsprodukten, der Verbraucherinformation, der Beratungsdokumentation (oder die Dokumentation des Beratungsverzichtes einschl. Hinweis über die Folgen eines Beratungsverzichtes), der Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Leistungen, des Merkblatts zur Anzeigepflichtverletzung, der Hinweise zum Datenschutz, der Dienstleisterliste 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!

Hannoversche Lebensversicherung AG
VHV-Platz 1
30177 Hannover
T 0511.95 65-0
F 0511.95 65-666
hannoversche.de