

# Zusatzklärung zum Dualen Modell für Mitglieder der Verbände im Deutschen Steuerberaterverband

zum Antrag / zur unverbindlichen Anfrage vom:  Tag  Monat  Jahr

Kollektivvertrags-Nr.  4  4  -

Versicherte Person (VP)

Vertragspartner / Name des Steuerberaterverbandes

Versicherungsnehmer (VN)

**Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht**

**Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:**  
Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Gründe anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen.  
Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 19 ff. VVG sowie auf der Seite „Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht / Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ dieses Dokuments.

**Angaben zur VP**

Sind Sie (VP) Mitglied oder Mitarbeiter eines Mitglieds des oben genannten Vertragspartners?  nein  ja

Sind Sie (VP) Familienangehöriger eines Mitarbeiters oder eines Mitglieds des oben genannten Vertragspartners?  
Familienangehörige sind Ehepartner, eingetragene Lebenspartner bzw. in häuslicher, eheähnlicher Gemeinschaft lebende nichteheliche Lebensgefährten und kindergeldberechtigte Kinder (gemäß § 32 EStG).  nein  ja

Bitte legen Sie dem Antrag einen schriftlichen Nachweis über die eigene Mitgliedschaft, die des Arbeitgebers bzw. die des Familienangehörigen beim o.g. Vertragspartner bei. Ohne diese Bestätigung kann der Antrag leider nicht angenommen werden.

**Angaben zur beruflichen Tätigkeit der VP**

Beruf  Bei Studenten gilt hier das angestrebte Berufsziel und bei Auszubildenden der Ausbildungsberuf.

Branche

Dienstbeginn/Beginn der Mitgliedschaft    
Bitte immer ausfüllen, außer bei Familienangehörigen!  Tag  Monat  Jahr

Arbeitgeber

Risikogruppe  Angestellter  Beamter  
 Auszubildender  Schüler

Selbständiger/Freiberufler seit wann?  Tag  Monat  Jahr  
 Student

Fachrichtung Studium

Diese sechs Angaben müssen nicht bei EGO Basic ausgefüllt werden.

1. Personalverantwortung oder Projektleitungsverantwortung für  Personen  Anzahl

Dies gilt für Vollzeitkräfte. Hierunter fallen neben den direkt unterstellten Personen auch diejenigen der darunter liegenden Hierarchieebenen. Die Mitarbeiterkapazität von Teilzeitkräften wird entsprechend addiert und kaufmännisch gerundet.  
Für Projektleitung gilt:  
– mindestens 6 Monate als Projektleiter tätig  
– mindestens 60 % der regelmäßigen Arbeitszeit  
– Weiterbildung zum Projektleiter ist nachweisbar

2. Anteil der Bürotätigkeit an einem festen Arbeitsplatz an der Gesamttätigkeit  %

Geben Sie den prozentualen Anteil der üblicherweise in einem Büro (Innendienst) anfallenden Tätigkeiten an.

3. Anteil der körperlichen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit  %

Geben Sie den prozentualen Anteil der Tätigkeiten an, die üblicherweise nicht einer Bürotätigkeit zugeordnet werden können und keine reine Reisetätigkeit darstellen.

4. Anteil der Reisetätigkeit an der Gesamttätigkeit  %

Hierzu zählen die Anteile der Dienstreisen.

5. Höchster Bildungsabschluss

Z. B. Bachelor, Master, Diplom, Examen

6. Abgeschlossene Berufsausbildung

Z. B. kaufmännisch, handwerklich, technisch; Fortbildung als z. B. Techniker, Meister, Fachwirt

**Allgemeine Voraussetzungen**

1. Wurde bei der HDI Lebensversicherung AG oder einer anderen Gesellschaft ein Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages der zu versichernden Person aus Risikogründen abgelehnt, zurückgestellt oder nicht zu normalen Bedingungen angenommen, so behält sich die HDI Lebensversicherung AG das Recht vor, diese Person nicht zu versichern bzw. Auskünfte zur Beurteilung der Gesundheitsverhältnisse anzufordern und auszuwerten.
2. Die Summe aus bereits versicherter Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Rente (ggf. inkl. Bonus) gegen Dienstfähigkeitsklärung (DFE) oder vereinfachte Gesundheitsklärung bei der HDI Lebensversicherung AG und der neu beantragten Berufsunfähigkeits-Rente bleibt im Rahmen der Regelungen des o. g. Kollektivvertrages.
3. Wird infolge eines Erhöhungsantrages die Grenze für die ärztliche Untersuchung (mtl. Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Rente 2.500 EUR bzw. bei bAV 3.000 EUR) überschritten, so wird eine ärztliche Untersuchung notwendig; d. h. alle Vorversicherungen bei der HDI Lebensversicherung AG aus den letzten fünf Jahren inkl. ggf. möglicher Optionsrenten werden diesbezüglich berücksichtigt.

**Allgemeine Fragen**

1. Übersteigt die zu versichernde Berufsunfähigkeitsrente (inkl. Bonusleistung aus der Gewinnbeteiligung) – einschließlich bereits bestehender oder beantragter Versicherungen für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit – 80 % bei Abschluss einer betrieblichen bzw. 60 % bei Abschluss einer privaten Vorsorge Ihres zum Zeitpunkt der Antragstellung aktuellen jährlichen Bruttoeinkommens<sup>1)</sup>?  nein  ja

1) Als Einkommen gelten regelmäßige Einkünfte aus Arbeitstätigkeiten inklusive Weihnachts- und Urlaubsgeld; Tantiemen, Bonus- oder Sonderzahlungen sind grundsätzlich nicht zu berücksichtigen. Bei Selbständigen/Freiberuflern gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb bzw. aus selbständiger Tätigkeit als Einkommen.

2. Besteht oder bestand ein offizieller Nachteilsausgleich während der Schulausbildung?  nein  ja

**Hinweis** Sofern eine der oben stehenden allgemeinen Voraussetzungen nicht erfüllt ist oder die allgemeine Frage bzw. die besondere Frage nur für Schüler mit „ja“ beantwortet wurde, ist ggf. eine weitere individuelle Prüfung notwendig.

**Angaben zur Gesundheit der VP** Sofern Sie eine der folgenden Fragen mit „ja“ beantworten, kann der Versicherungsschutz nicht wie beantragt gewährt werden. Füllen Sie bitte zusätzlich den medizinischen Fragebogen im nächsten Abschnitt aus.

1. Waren Sie in den letzten zwei Jahren länger als zwei Wochen durchgehend aus gesundheitlichen Gründen außer Stande, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben, oder üben Sie derzeit Ihre berufliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt<sup>1)</sup> aus?  nein  ja

2. Wurde bei Ihnen jemals ein **Hirntumor**, eine **Krebserkrankung**, **Diabetes**, eine **HIV-Infektion**, **Multiple Sklerose**, **Epilepsie**, **Rheuma**, **Colitis Ulcerosa**, **Morbus Crohn** oder ein **Schlaganfall** ärztlich festgestellt oder wurde bei Ihnen ein **Grad der Behinderung (GdB)**, ein **Grad der Schädigungsfolgen (GdS)**, eine **Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)** oder **Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit** zuerkannt, bzw. ein solcher Antrag in den letzten zwei Jahren gestellt?  nein  ja

3. Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten drei Jahren in Behandlung

- bei einem **Kardiologen**?  nein  ja
- bei einem **Psychiater, Psychologen** oder **Psychotherapeuten** oder wegen **psychischer Beschwerden** bei einem **Arzt**?  nein  ja
- bei einem **Orthopäden**?  nein  ja

Wurde Ihnen in den letzten drei Jahren

- wegen einer **Erkrankung des Bewegungsapparates** mehr als **12** Behandlungen beim **Therapeuten** (Physiotherapeut, Ergotherapeut, Osteopath, Chiropraktiker) verordnet?  nein  ja

**Bitte kreuzen Sie jeweils „ja“ an, sofern mindestens eine Erkrankung bzw. Beeinträchtigung oder Behandlung vorliegt, andernfalls „nein“.**

1) Eine Einschränkung Ihrer konkreten beruflichen Tätigkeit liegt vor, wenn Sie diese aus gesundheitlichen Gründen nur noch zu weniger als 50 % Ihrer gewöhnlichen Arbeitszeit ausüben können.

ZE ab 2019 ohne Einschränkung

Bitte bei Platzmangel ein separates, von der VP unterschriebenes Blatt verwenden!

### Medizinischer Fragebogen

Sofern Sie eine der Fragen bei den Angaben zur Gesundheit mit „ja“ beantwortet haben, bitten wir Sie alle nachfolgenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten. Bitte machen Sie darüber hinaus genauere Angaben zu den zutreffenden Erkrankungen. In der Regel benötigen wir Befundberichte zu den Erkrankungen. Fügen Sie diese nach Möglichkeit bei. Bei inhaltlichen Rückfragen wenden Sie sich an die Hotline der Risikoprüfung (Tel.: 0221 144-3440).

**Zu Frage 1 oder 2:** Sofern Sie diese Frage bejaht haben, machen Sie bitte genauere Angaben zu Zeitraum und Gründen der eingeschränkten beruflichen Tätigkeit oder zur Art der Erkrankung, Diagnose, Zeitpunkt, Folgen, behandelnder Arzt bzw. zum Grad der Behinderung (GdB), zum Grad der Schädigungsfolgen (GdS), zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit:

\_\_\_\_\_

**Zu Frage 3:** **▪ Behandlung bei einem Kardiologen**  nein  ja  
Was wurde genau bei Ihnen festgestellt? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**▪ Behandlung bei einem Psychiater, Psychologen oder Psychotherapeuten oder bei einem Arzt wegen psychischer Beschwerden** (z. B. Angstzustände, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Erschöpfungszustände, Suchterkrankungen (auch Medikamente und Alkohol))  nein  ja

Welcher Art ist oder war die bei Ihnen vorliegende psychische Beeinträchtigung? \_\_\_\_\_

Worauf war diese zurückzuführen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Von wann bis wann sind Sie deswegen behandelt worden? \_\_\_\_\_

Durch wen und womit? \_\_\_\_\_

**▪ Behandlung bei einem Orthopäden oder Therapeuten wegen einer Erkrankung des Bewegungsapparates** (z. B. Bandscheibenvorfall, Arthrosen, Rheuma, Fibromyalgie)  nein  ja

Welche Diagnose wurde genau bei Ihnen festgestellt? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ Welche Form von Therapie wurde durchgeführt? \_\_\_\_\_

Befinden Sie sich deshalb aktuell noch in ärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_

Sind Sie beschwerdefrei? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Sofern Ihnen Behandlungs- oder Befundberichte vorliegen, bitten wir Sie uns diese in Kopie beizufügen. Falls wir darüber hinaus ganz spezielle Befunde benötigen, werden wir diese bei Ihnen anfordern. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

## Allgemeine Angaben – bitte immer ausfüllen

Es wurde eine ärztliche Untersuchung gemäss der Annahmerichtlinien veranlasst.

nein  ja

Für die Gesundheitsfragen wurde zusätzlich ein gesondert unterschriebenes Blatt verwendet.

nein  ja

Haben Sie die Angaben in der Erklärung selbst in dieses Formular eingetragen?

nein  ja

Hat der Vermittler die Angaben in der Erklärung in dieses Formular eingetragen?

nein  ja

### Einwilligungs-/ Schweigepflicht- entbindungserklärung

#### Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung gegenüber der HDI Lebensversicherung AG

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.)

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung 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 HDI Lebensversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. 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 geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Kundenservicegesellschaften oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei der HDI Lebensversicherung AG unentbehrlich. Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben und jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

- durch die HDI Lebensversicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der HDI Lebensversicherung AG (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 HDI Lebensversicherung AG

Ich willige ein, dass die HDI 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 (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

##### Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die HDI 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 HDI Lebensversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusam-

menhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die HDI Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die HDI 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 II:

Ich wünsche, dass mich die HDI 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 HDI Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die HDI Lebensversicherung AG einwillige oder
- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung 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 HDI 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 uns 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 wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

#### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HDI Lebensversicherung AG

Die HDI 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. Wir benötigen 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 HDI 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 HDI Lebensversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die HDI Lebensversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen 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 übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft des TALANX Konzerns oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist auf einer Folgesseite der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.hdi.de](http://www.hdi.de) eingesehen oder bei unserem Datenschutzauftragten (TALANX AG, Riethorst 2, 30659 Hannover, E-Mail: [privacy@talanx.com](mailto:privacy@talanx.com)) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Bitte wählen Sie eine der beiden Möglichkeiten aus!

Bitte wählen Sie ebenfalls 2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes aus, sofern gewünscht!

Ich willige ein, dass die HDI 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 HDI Lebensversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des TALANX Konzerns 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, können wir 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 wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. 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 uns 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 wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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 Prämienzahlungen 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 uns 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 HDI 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 Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir 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 eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für HDI 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 Ziffer 2.1).

### 3.5 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben 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 auf einen anderen Vermittler 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 auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die HDI 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, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die HDI 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.

Erklärungen Ich habe die Datenschutzhinweise, Informationen zu genetischen Untersuchungen im Rahmen des Gendiagnostikgesetzes, gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung auf den Folgeseiten zur Kenntnis genommen.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift  
Versicherte Person   
bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter (i. d. R. beide Elternteile)

Unterschrift  
Minderjährige   
(ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

# Datenschutzhinweise

Mit diesen Hinweisen möchten wir Sie über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch den unten benannten Verantwortlichen und die Ihnen nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zustehenden Rechte informieren.

## Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

HDI Lebensversicherung AG  
Charles-de-Gaulle-Platz 1  
50679 Köln  
Telefon: 0221 144-0, Fax: 0221 144-3833  
E-Mail: leben.service@hdi.de

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse des Verantwortlichen mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter/Group Data Protection – oder per E-Mail unter [privacy@talanx.com](mailto:privacy@talanx.com)

## Rechtsgrundlagen und Zwecke der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter [www.hdi.de/datenschutz](http://www.hdi.de/datenschutz) abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten personenbezogenen Angaben zum einen zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos im Rahmen der Risikoprüfung (inklusive Risikoausschluss und -erhöhung) und zum anderen im Rahmen der Tarifierung und Annahmeprüfung, die für den Abschluss eines Versicherungsvertrages erforderlich sind. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese personenbezogenen Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, insbesondere zur Vertragspolizierung, Sanierungsprüfung, Rechnungsstellung, In- und Exkasso, Rückversicherungsabrechnung, Abrechnung gegenüber Dritten wie z.B. Vermittlern, Tarifierung und Anpassung bzw. Tarifoptimierung, Betrugsabwehr und zur Durchführung gesetzlich vorgeschriebener Kontrollen.

**Sofern die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht zwingend für den Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages notwendig ist, erfolgen Ihre Angaben auf freiwilliger Basis und sind entsprechend als freiwillige Angabe gekennzeichnet.**

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife bzw. zur Optimierung bestehender Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit dem oben genannten Verantwortlichen bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung und/oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Sanierungsüberprüfung,
- zur postalischen Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des Talanx Konzerns und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht sowie zur Durchführung von gesetzlich notwendigen Kontrollen und gesetzlichen Vorgaben. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

## Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

- **Rückversicherer:**  
Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.  
Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer stellt Ihnen dieser unter folgendem Link [www.hdi.de/datenschutz](http://www.hdi.de/datenschutz) zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.
- **Vermittler:**  
Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an

die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

- **Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:**  
Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.
- **Externe Dienstleister:**  
Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.  
Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht „Liste der wesentlichen Dienstleister“ sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter [www.hdi.de/datenschutz](http://www.hdi.de/datenschutz) entnehmen.
- **Weitere Empfänger:**  
Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

## Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei ist es zur Abwehr von Ansprüchen notwendig, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können. Hierbei ist die Aufbewahrungszeit abhängig von vertraglichen und/oder gesetzlichen Verjährungsfristen und den jeweils entsprechenden Verjährungsvoraussetzungen. Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten für den Zeitraum, in dem wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz.

## Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

## Widerspruchsrecht

**Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.**

**Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.**

## Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW  
Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf

## Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Leistungsbearbeitung werden Angaben zur Versicherten Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermittelt (HIS-Anfrage). Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zur Versicherten Person im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt.  
Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf folgenden Internetseiten: [www.informa-his.de](http://www.informa-his.de).

Kontaktdaten: informa HIS GmbH, Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden

Nähere Datenschutzhinweise zur informa HIS GmbH können Sie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter [www.hdi.de/datenschutz](http://www.hdi.de/datenschutz) entnehmen.

## Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie im Rahmen der Angebotseinholung und Antragstellung befragen, entscheiden wir teilweise vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen. Nur in den Fällen, in denen dem Begehren der betroffenen Person stattgegeben wird, erfolgt eine vollautomatisierte Entscheidung. Sofern dem Begehren nicht vollautomatisiert stattgegeben werden kann, erfolgt die entsprechende Entscheidung durch eine zwischen geschaltete Person.

# Übersicht der Dienstleister der HDI Versicherungen (Stand 01.04.2019)

HDI Lebensversicherung AG, HDI Pensionskasse

Gemäß gesetzlicher Informationspflicht und Datenschutzverhaltensregeln der Deutschen Versicherungswirtschaft

<b>Konzerngesellschaft oder externer Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand</b>			
<b>Dienstleister</b>	<b>Dienstleistung/Zweck der Beauftragung</b>	<b>Gesundheitsdaten</b>	<b>Auftrag gebende Gesellschaft(en)</b>
Talanx AG	Zentralfunktionen wie Revision, Recht, Risikomanagement und Compliance	Teilweise ja	H-LV, H-PK
HDI Service AG	Postverarbeitung, Scannen, Print-Services, Zahlungsverkehr (Inkasso/Exkasso), Forderungsmanagement, Rechnungswesen, Archivierung und Entsorgung von Datenträgern	Teilweise ja	H-LV, H-PK
HDI Systeme AG (IT-Dienstleister im Konzern)	Anwendungsentwicklung/-betrieb, Rechenzentrumsbetrieb, IT-Services	Teilweise ja	H-LV, H-PK
IBM Deutschland GmbH (Subdienstleister der HDI Systeme AG)	IT-Rechenzentrum, Infrastrukturbetrieb	Teilweise ja	H-LV, H-PK
HDI Kundenservice AG	Versicherungsbetrieb, z. B. Antrags-, Bestands- und Leistungsbearbeitung	ja	H-LV, H-PK
HDI Direkt Service GmbH	Betriebliche Unterstützung, telefonische Kundenbetreuung	ja	H-LV, H-PK
HDI Vertriebs AG	Vertrieb, Marketing, Vergabe von Zeichnungs-, Inkasso und /oder Schadenregulierungsvollmacht	Teilweise ja	H-LV, H-PK
Ampega Asset Management GmbH	Kapitalanlagenverwaltung	nein	H-LV, H-PK
HDI Global SE	Rückversicherungsabrechnung, Schadenregulierung in Vermögensschadenhaftpflicht und Unfall	Teilweise ja	H-LV
PB Lebensversicherung AG	Vertriebsunterstützung für Autohändler	nein	H-LV
Medicals Direct Deutschland GmbH	Unterstützung bei der BU-Risikoanalyse – Zweitmeinung	Ja	H-LV
<b>Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Datenverarbeitung nicht Hauptgegenstand des Auftrags ist oder die nur regional oder einmalig tätig sind</b>			
<b>Dienstleisterkategorie</b>	<b>Dienstleistung/Zweck der Beauftragung</b>	<b>Gesundheitsdaten</b>	<b>Auftrag gebende Gesellschaft(en)</b>
Rechtsanwälte	Bearbeitung von Rechtsfällen	ja	H-LV, H-PK
Lettershops/Druckereien	Druck und Versand von Postsendungen	nein	H-LV, H-PK
Inkassounternehmen	Forderungseinzug	nein	H-LV, H-PK
Entsorgungsunternehmen	Entsorgung von Papier und elektronischen Datenträgern	ja	H-LV, H-PK
Archivierungsunternehmen	Archivierung von Akten	ja	H-LV, H-PK
Sachverständige	Unterstützung bei der Leistungsregulierung/Erstellung medizinischer Gutachten	ja	H-LV, H-PK
<b>Konzerngesellschaften, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Stammdaten teilnehmen</b>			
HDI Versicherung AG	Partnerdatenverarbeitung, Online-Services, Kommunikationsmaßnahmen		
HDI Lebensversicherung AG			
HDI Global SE			
HDI Pensionskasse AG			

Hinweis: Personenbezogene Daten werden nur an Dienstleister weitergegeben, wenn und soweit dies im jeweiligen Fall für die Datenverarbeitungszwecke erforderlich ist

## Wichtige Hinweise bezüglich der Informationen zu genetischen Untersuchungen im Rahmen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG)

Gem. § 18 I Nr. 1 GenDG sind wir weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages befugt, von der versicherten Person die Vornahme von genetischen Untersuchungen oder Analysen zu verlangen.

Ebenso wenig dürfen wir gem. § 18 I Nr. 2 GenDG die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwerten. Dies ist uns jedoch in den Fällen

gestattet, in denen die versicherte Leistung den Betrag von 300.000 EUR oder die versicherte Jahresrente eine Höhe von 30.000 EUR übersteigt.

Das GenDG hat jedoch keinen Einfluss auf die vorvertraglichen Anzeigepflichten gem. § 19 ff. VVG. Es besteht daher eine Auskunftspflicht über bestehende Erkrankungen oder Vorerkrankungen auch dann, wenn im Rahmen der Diagnosestellung ein Gentest eingesetzt wurde.

# Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

## Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag bzw. Ihre unverbindliche Anfrage auf einen Vertragsvorschlag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der HDI Lebensversicherung AG, Charles-de-Gaulle-Platz 1, 50679 Köln in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) nachzuholen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Sofern Sie eine unverbindliche Anfrage auf einen Vertragsvorschlag an uns richten, benötigen wir Ihre vollständigen und wahrheitsgemäßen Angaben, um Ihnen ein Angebot zum Abschluss des von Ihnen gewünschten Versicherungsvertrages zu unterbreiten. In diesem Fall beachten Sie bitte, dass unser Vertragsvorschlag nur unter der Bedingung gilt, dass bis zu Ihrer Vertragserklärung, welche in der Annahmeerklärung zu sehen ist, keine Änderungen der im Vorfeld von Ihnen und – soweit nicht personenidentisch – der versicherten Person getätigten Angaben ergeben haben. Sollten sich bis zu Ihrer Annahmeerklärung Ihre Verhältnisse ändern mit der Folge, dass die von uns gestellten Fragen anders als wie geschehen zu beantworten sind, sind Sie und die versicherte Person verpflichtet, uns die Änderungen mitzuteilen.

Wir werden Sie und die versicherte Person bei Abgabe der Vertragserklärung ausdrücklich bitten, uns verbindlich zu bestätigen, dass die von uns in Bezug auf den Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet wurden und uns etwaige Änderungen mitzuteilen.

### Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

#### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bei Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Haben Sie einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages gestellt, so geben Sie mit der Unterzeichnung des Antragsformulars und dessen Weiterleitung an uns Ihre Vertragserklärung ab. Sofern Sie eine unverbindliche Anfrage für einen Vertragsvorschlag stellen, besteht Ihre Vertragserklärung in der Erklärung der Annahme unseres Vertragsvorschlages uns gegenüber.

#### Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

##### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil der Prämie zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

##### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine prämienfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

##### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

##### 4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kennen.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Auf die Ausübung unserer Rechte auf Kündigung oder Vertragsanpassung verzichten wir, wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht unverschuldet verletzt haben.

##### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

# Bestätigungsschreiben über die Verbandsmitgliedschaft

## Adresse des jeweiligen DStV-Mitgliedsverbands

Name \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

## Zurück an die Adresse des VN

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Datum

## Bestätigung der Mitgliedschaft im Steuerberaterverband

Name des Verbandes \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätigen wir, dass Frau/Herr

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

oder die Gesellschaft

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Mitglied im Steuerberaterverband ist.

Die Mitgliedsnummer lautet \_\_\_\_\_

Die Mitgliedschaft besteht seit (Datum) \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

(Steuerberaterverband)