



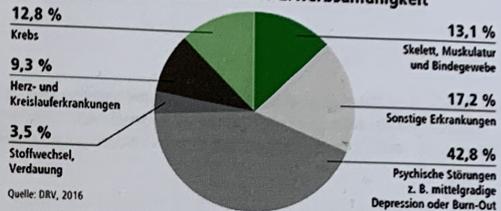
EGO Top Verbraucherinformationsblatt

HDI
Das ist Versicherung.

Was ist EGO Top (Tarif: BV17)?

EGO Top ist eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung. Voraussetzung für eine Leistung ist, dass Sie aus gesundheitlichen Gründen mindestens sechs Monate lang ununterbrochen mindestens zu 50 % außer Stande sind, Ihrer zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Dabei berücksichtigen wir, wie Sie diese ohne gesundheitliche Beeinträchtigung konkret ausgeübt haben.

Die Auslöser für den Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit



Das spricht für EGO Top

- Die wichtigsten Vorteile von EGO Top in Stichworten:
- Verzicht auf die abstrakte und konkrete Verweisung bei Eintritt einer Berufsunfähigkeit
 - Keine Meldepflicht bei Besserung des Gesundheitszustandes oder bei Wiederaufnahme eines Berufs
 - Volle Leistung wegen Pflegebedürftigkeit bereits ab einem Pflegepunkt
 - Infektionsklausel für alle Berufe
 - Weltweiter Schutz
 - Rückwirkende, taggenaue Leistung ab Eintritt der Berufsunfähigkeit

So helfen wir Ihnen im Fall der Fälle:

- **Telefonischer Erstkontakt im Leistungsfall**
Wir nehmen direkt nach Meldung des Leistungsfalls Kontakt zu Ihnen auf.
- **Teleclaiming**
Wir unterstützen Sie zeitnah telefonisch bei der Beantragung von Leistungen bei Berufsunfähigkeit.
- **Vor-Ort-Kunden-Service**
Wir bieten im Einzelfall auch ein persönliches Gespräch vor Ort an (nach Vereinbarung eines Termins).
- **Telefonische Unterstützung durch Leistungsprüfer**
Auch bei Rückfragen zur Leistungsprüfung gilt: Reden statt Schreiben.

Welche Eckdaten enthält Ihr Vertrag?

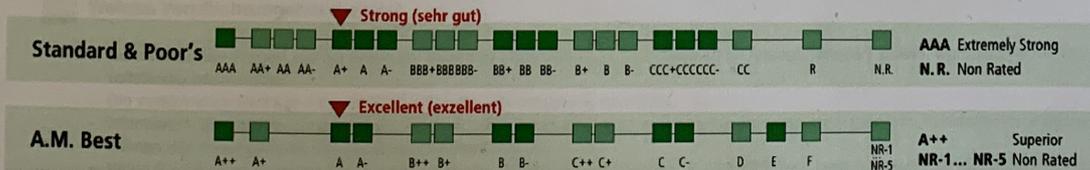
Beginn der Versicherung:	01.04.2019	Prämie (monatlich):	
Versicherungsschutz bis zum Alter:	67 Jahre	- ohne Überschüsse	47,08 EUR
Leistungszahlung maximal bis zum Alter:	67 Jahre	- mit Überschüssen (Deklaration 2019)	35,31 EUR
Beruf:	Student/in Medien	Dynamik:	jährlich 3,00 %
Berufsstellung:	Student	Rente (monatlich):	
Risikogruppe:	A1	- ohne Überschüsse	1.000,00 EUR
Gewinnform:	Reduzierung der Prämie (Form A)	- mit Überschüssen (Deklaration 2019)	1.000,00 EUR

Welche Flexibilitäten bietet Ihr Vertrag während der Laufzeit?

- Garantie zur Nachversicherung bis zum Alter 50 ohne erneute Gesundheitsprüfung
- Dynamische Erhöhungen
- Zinslose Stundung der Prämien von bis zu 12 Monaten möglich

Welche Finanzstärke besitzt die HDI Lebensversicherung AG?

Die HDI Lebensversicherung AG steht für Stärke und Solidität und zählt zu den größten deutschen Lebensversicherern. Das Unternehmen gehört zum Talanx-Konzern, einer der größten Versicherungsgruppen Deutschlands.



Versicherungsratings sind Meinungsäußerungen über die Finanzkraft eines Versicherers, nicht aber Empfehlungen zu dessen Produkten. Informationen über die aktuellsten Ratings finden Sie auf www.standardandpoors.com oder telefonisch über +49 69 33 999 152. Informationen zu A.M. Best finden Sie auf www.ambest.com Stand 8/2017

HDI Lebensversicherung AG
50580 Köln
www.hdi.de

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Seite 1 von 2

Berufsunfähigkeits-Versicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: HDI Lebensversicherung AG
Amtsgericht Köln, HRB 603
Deutschland

Produkt: BV17

Dieses Produktinformationsblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen vorvertraglichen und vertraglichen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (zum Beispiel Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Kundeninformation, Anlage zur Kundeninformation und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Berufsunfähigkeits-Versicherung.



Was ist versichert?

- ✓ Wird die versicherte Person im Sinne der Bedingungen berufsunfähig, erhalten Sie für die Dauer der Berufsunfähigkeit eine monatliche garantierte Berufsunfähigkeits-Rente von 1.000,00 EUR und es sind keine Beiträge mehr zu zahlen.

Sie erhalten die vereinbarten Leistungen, wenn die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen mindestens zu 50 % außer Stande ist, ihrem zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf nachzugehen, oder berufsunfähig infolge von Pflegebedürftigkeit ist. Wir leisten außerdem, wenn für die versicherte Person ein vollständiges Tätigkeitsverbot wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr vorliegt. Der in diesen Unterlagen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit, der Erwerbsminderung bzw. der Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein.

Weitere Einzelheiten zur Berufsunfähigkeitsversicherung finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Die versicherte Person ist die Person, auf deren Berufsunfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Individuell ausgeschlossene Vorerkrankungen.
Einzelheiten dazu finden Sie ggf. im Versicherungsschein.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Wenn Sie unwahre oder unvollständige Angaben machen, kann Ihr Versicherungsschutz vollständig oder teilweise, für die Zukunft oder rückwirkend entfallen.

Zudem kann der Versicherungsschutz in bestimmten Fällen ausgeschlossen sein. Hierzu zählen zum Beispiel:

Berufsunfähigkeit, die verursacht wird durch

- ! absichtliche Herbeiführung einer Krankheit oder absichtliche Selbstverletzung,
- ! Strahlen infolge von Kernenergie,
- ! innere Unruhen oder kriegerische Ereignisse,
- ! eine vorsätzliche Straftat.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen, die wir Ihnen vor Abschluss des Vertrages (zum Beispiel im Antragsformular) stellen, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die vereinbarten Beiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Informieren Sie uns bitte unverzüglich, wenn sich Ihre Anschrift, Ihr Name oder Ihre Bankverbindung ändert. Fehlende Informationen können den reibungslosen Vertragsablauf beeinträchtigen.
- Wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragen, müssen Sie uns Arztberichte und weitere Unterlagen einreichen. Wir können ärztliche Untersuchungen und ggf. weitere Nachweise verlangen.
- Während der Dauer der Berufsunfähigkeit können wir das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit prüfen. Hierzu müssen Sie alle sachdienlichen Auskünfte erteilen, die wir anfordern.

HDI

HDI Lebensversicherung AG
www.hdi.de

Antrag auf eine private Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsvorsorge

EGO Top BV17, BVZ17
EGO Basic EV17

Vermittelt durch:

w m Name

Vermittler-/Orga-Nr. 1

Tel.-Nr.

E-Mail

Registrierungs-Nr.

easy Version-Nr.

Bitte unbedingt angeben!

Aktion

VSM

Police über Vertrieb

Ergänz. Angaben AO: Vermittler-Nr. 2

Prov/% A-Vgt. 1

Prov/% A-Vgt. 2

Lead-ID

Interessenten-ID

abweichend: unverbindliche Anfrage
siehe Punkt 1 der Wichtigen Hinweise

Bitte füllen Sie zusätzlich zum Antrag immer auch die Gesundheitsklärung aus!
(bei EGO Top: Formular 7010180008, bei EGO Basic: Formular 7010180044)

Versicherungs-
nehmer (VN)

w m Name

Straße

Haus-Nr.

Geburtsdatum

9, 6

Beruf

Student Medien

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

Angestellter

Beamter

Selbständiger

Tel.-Nr.

HDI-Partner-Nr.

Bitte angeben, wenn bekannt!

Vorname

PLZ

Ort

Nationalität

D, E

Länderkennz.

Branche

Schüler/Student/Auszubildender

E-Mail

Versicherte
Person (VP)
soweit nicht mit
VN identisch

w m Name

Straße

Haus-Nr.

Geburtsdatum

9, 6

Beruf

Student/in Medien

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

Tel.-Nr.

HDI-Partner-Nr.

Bitte angeben, wenn bekannt!

Vorname

PLZ

Ort

Nationalität

D, E

Länderkennz.

Branche

E-Mail

Tarifauswahl

EGO Top (Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung) (BV)

EGO Basic (Selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung) (EV)

EGO Top (Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit zeitlich begrenzten Leistungen wegen Krankschreibung) (BVZ)

Zusatzversicherung bei schwerer Krankheit oder bei Tod
nur bei EGO Basic

Allgemeine
Vertragsdaten

Versicherungsbeginn

0, 1, 0, 4, 2, 0, 1, 9

Vertrags-/Gruppennummer

Vertragsart: Einzel

abweichend:

Bitte den Vertragspartner und die Vertrags-/Gruppennummer angeben!

Vertragspartner

Vertragsdaten
Berufs-/Erwerbs-
unfähigkeits-
vorsorge

Versicherungsendalter der
Rente

6, 7

Leistungsendalter der
Rente

6, 7

Karenzzeit (0-24 Monate)
nur bei EGO Top

0

Monatliche, garantierte Rente

1.000,00
EUR

Gewinnform: Prämienanrechnung (A)

abweichend: Bonusrente (B)

Garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall: Keine

abweichend: 1% 2% 3%

Prämien-
zahlung

Prämienzahlungsweise: monatlich

abweichend: 1/4-jährlich

1/2-jährlich

jährlich

Gesamt-Bruttoprämie gemäß
Zahlungsweise

47,08
EUR

Gesamt-Effektivprämie (nicht garantiert)
gemäß Zahlungsweise

35,31
EUR

Dynamische
Anpassung

Jährliche Erhöhung der Prämie ohne Gesundheitsprüfung um 5%
(Dynamikform P. 5%)

abweichend: anderer
Prozentsatz (3-5%)

3,00

keine jährliche Er-
höhung gewünscht

Original an Versicherer
1. Kopie für Vertrieb
2. Kopie für Versicherungsnehmer

Bitte in GROSSBUCHSTABEN ausfüllen
(Schwarz oder blau; Umlaute sind erlaubt)
und zutreffende Kästchen ankreuzen!

Bezugsrecht
im Todesfall nur
bei EGO Basic mit
Einschluss „Zusatz-
versicherung bei
schwerer Krankheit
oder bei Tod“

Im Erlebensfall: VN VP

an die nachfolgend namentlich bezeichnete Person

Vorname, Name _____

Geburtsdatum _____

Tag | Monat | Jahr

Im Todesfall: VN (sofern nicht VP)

in der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgend Berechtigten: 1. der Ehegatte, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Todes eheliche und ihnen gesetzlich gleich gestellte Kinder zu gleichen Teilen, 2. leibliche,
 an die nachfolgend namentlich bezeichnete Person

Vorname, Name _____

Geburtsdatum _____

Tag | Monat | Jahr

Bankdaten

Lastschrift
Bitte füllen Sie zusätzlich die unten folgenden Daten aus.

abweichend: Überweisung mit Aufforderung ohne Aufforderung

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: _____

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die HDI Lebensversicherung AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der HDI Lebensversicherung AG auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Die fälligen Prämien werden ab sofort von Ihrem Konto abgebucht. Dies gilt auch für die jetzt fälligen Prämien. Der Kontoauszug gilt als Quittung.
Frist für die Vorabinformation: Die HDI Lebensversicherung AG informiert den Zahlungspflichtigen (Versicherungsnehmer) spätestens fünf Tage vor dem Abbuchungstermin über den anstehenden Einzug. Die Mandatsreferenz wird Ihnen die HDI Lebensversicherung AG separat mitteilen.

Bitte bei Lastschrift
immer vollständig
ausfüllen und
unterschreiben!

w m Name _____
Kontoinhaber, sofern nicht mit VN identisch

Vorname _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

IBAN _____
Länder- | Prüfziffer |
code

BIC _____

Kreditinstitut _____

Ort/Datum _____

Unterschrift
Kontoinhaber
Der Kontoinhaber muss immer unterschreiben, auch wenn er mit dem VN identisch ist.

Sondervereinbarungen: Sammellinkasso

Lastschrift erst ab Folgeprämie

HDI-Partner-Nr. _____
Bitte angeben, wenn bekannt!

Besondere
Vereinbarungen

Die folgenden besonderen Vereinbarungen werden nur gültig bei schriftlicher Bestätigung:

Vorläufiger
Versicherungs-
schutz

Es besteht vorläufiger Versicherungsschutz gemäß den Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz sowie den im Vertragsvorschlag enthaltenen Vertragsbestimmungen und Kundeninformationen. Bei einer unverbindlichen Anfrage werden diese Vertragsbestimmungen und Kundeninformationen zusammen mit dem Vertragsvorschlag vom Versicherer übersandt.

Einwilligungs-/
Schweigepflicht-
entbindungser-
klärung

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, 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 oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen

Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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 – siehe Gesundheitserklärung, sofern diese notwendig ist
2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten – siehe Gesundheitserklärung, sofern diese notwendig ist
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 – siehe Gesundheitserklärung, sofern diese notwendig ist

Original an Versicherer
1. Kopie für Vertrieb
2. Kopie für Versicherungsnehmer

Bitte in GROSSBUCHSTABEN ausfüllen
(schwarz oder blau; Umlaute sind erlaubt)
und zutreffende Kästchen ankreuzen!

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 Folgeseite der Einwilligungserklärung aufgeführt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.hdi.de eingesehen oder bei unserem Datenschutzbeauftragten (TALANX AG, Riethorst 2, 30659 Hannover, E-Mail: 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.

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 – siehe Gesundheitserklärung, sofern diese notwendig ist

3.4 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS) – siehe Gesundheitserklärung, sofern diese notwendig ist

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 – siehe Gesundheitserklärung, sofern diese notwendig ist

Erklärungen

Sofern der von mir gewünschte Versicherungsbeginn vor dem Ablauf der Frist zum Widerruf meiner Vertragserklärung liegt, bin ich damit einverstanden, dass nach Zustandekommen des Vertrages die Erstprämie fällig wird und damit der Versicherungsschutz beginnt. Für die von mir gewünschte Versicherung gelten die im Vertragsvorschlag enthaltenen Angaben und Versicherungsbedingungen sowie Zusatzbestimmungen eines etwaigen zugrunde liegenden Rahmenabkommens. Ich habe die wichtigen Hinweise zur unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag und Datenschutzhinweise auf den Folgeseiten zur Kenntnis genommen.

Ort/Datum

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

Unterschrift
Versicherte Person
sofern vom VN abweichend, bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter (i.d.R. beide Elternteile)

Unterschrift
Minderjähriger
ab Vollendung des 16. Lebensjahres

Hiermit bestätige ich, dass die oben aufgeführten Angaben zum Versicherungsnehmer mit den Daten des vorgelegten Ausweispapiers übereinstimmen.

Unterschrift
Vermittler

Empfangs-
bestätigung
nicht bei
unverbindlicher
Anfrage

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, eine Kopie des Antragsformulars sowie einen persönlichen Vertragsvorschlag zu dem beantragten Tarif einschließlich Produktinformationsblatt, Kundeninformation, Anlagen zur Kundeninformation und Versicherungsbedingungen in folgender Form erhalten zu haben:

Datenträger (CD, USB-Stick, etc.) Papier SMS (Downloadlink) E-Mail (Kennwort als SMS)

Ort/Datum

Unterschrift
Versicherungsnehmer

Original an Versicherer
1. Kopie für Vertrieb
2. Kopie für Versicherungsnehmer

Bitte in GROSSBUCHSTABEN ausfüllen
(schwarz oder blau; Umlaute sind erlaubt)
und zutreffende Kästchen ankreuzen!

Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

zu der umseitig von Ihnen beantragten Lebensversicherung bzw. Ihrer unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag gewähren wir Ihnen vorläufigen Versicherungsschutz gemäß den nachfolgenden Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung.

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung

In den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede („Sie“) grundsätzlich die/den Versicherungsnehmer/in als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

1. Sofern Sie einen Antrag auf Abschluss einer Versicherung (Antrag) gestellt bzw. eine unverbindliche Anfrage für einen Vertragsvorschlag zu einer Versicherung (Versicherungsanfrage) an uns gerichtet haben, erbringen wir Leistungen auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes, sofern der Versicherungsfall während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes (§ 3) eintritt und die weiteren Voraussetzungen der nachfolgenden Bestimmungen erfüllt sind. Dies gilt auch dann, wenn erst nach Beendigung des vorläufigen Versicherungsschutzes feststeht, dass der Versicherungsfall während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist.
2. Die Art der Versicherungsleistung und der Umfang des vorläufigen Versicherungsschutzes richten sich nach den Angaben in Ihrem Antrag bzw. Ihrer Versicherungsanfrage. Die Höhe unserer Leistungen ist jedoch auf folgende Beträge begrenzt bzw. wie folgt eingeschränkt, auch wenn Ihr Antrag bzw. Ihre Versicherungsanfrage höhere oder uneingeschränkte Leistungen vorsieht:
 - Kapitaleleistungen für den Todesfall auf 125.000 EUR (Dies gilt nicht für die Zusatzversicherung bei schwerer Krankheit oder bei Tod.);
 - Kapitaleleistungen aus der Zusatzversicherung bei schwerer Krankheit oder bei Tod auf 12.000 EUR;
 - Überlebens- und Waisenrenten auf insgesamt jährlich 5.000 EUR;
 - Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrenten auf jährlich 12.000 EUR; Leistungen wegen Krankschreibung werden nicht erbracht;
 - Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit auf 125.000 EUR der Prämiensumme. Leistungen aus einer Prämienbefreiung für den Fall der Berufsunfähigkeit zahlen wir nur, wenn die Hauptversicherung zustande gekommen und solange sie nicht weggefallen ist.
 - Tritt der Versicherungsfall vor Vollendung des 7. Lebensjahres der versicherten Person ein, so ist unsere Leistungspflicht auf den Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten (z.Z. 8.000 EUR) beschränkt.
3. Sofern mehrere Verträge über vorläufigen Versicherungsschutz für die versicherte(n) Person(en) bei uns bestehen, gelten die in Absatz 2 genannten Höchstbeträge für alle Verträge zusammen. Übersteigt die Summe der Leistungen aus diesen Verträgen einen Höchstbetrag, so wird der maßgebliche Höchstbetrag in dem Verhältnis auf die einzelnen Verträge aufgeteilt, in dem die einzelvertragliche Leistung zu deren Summe steht. Maßgeblich sind die einzelvertraglichen Leistungen, die ohne eine Zusammenrechnung aus dem vorläufigen Versicherungsschutz fällig geworden wären. Dies gilt auch dann, wenn mehrere Verträge über vorläufigen Versicherungsschutz für die versicherte(n) Person(en) bei verschiedenen Versicherungsunternehmen bestehen.
4. Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf
 - eine Leistung für den Erlebensfall (Kapitaleistung oder Altersrente),
 - eine Leistung aus der Zusatzversicherung bei schwerer Krankheit oder bei Tod, wenn Krebs, Multiple Sklerose oder eine Bypass-Operation vorliegt,auch wenn die in Ihrem Antrag bzw. Ihrer unverbindlichen Anfrage genannte Versicherung solche Leistungen vorsieht.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- a) der in dem Antrag bzw. der Versicherungsanfrage vorgesehene Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach Unterzeichnung des Antrages bzw. der Versicherungsanfrage liegt,
- b) die Angaben im Antrag bzw. in der Versicherungsanfrage zu den persönlichen Daten des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin und der versicherten Person(en), zum Umfang der Versicherung sowie die Angaben in dem Formular „Ergänzung zum Antrag/zur unverbindlichen Anfrage“, insbesondere zum Gesundheitszustand der versicherten Person(en), vollständig sind,
- c) Sie das Zustandekommen der Hauptversicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben,
- d) Ihr Antrag bzw. Ihre Versicherungsanfrage nicht von den von uns angebotenen Versicherungsleistungen und Bedingungen abweicht,
- e) die versicherte(n) Person(en) bei Unterzeichnung des Antrages bzw. der Versicherungsanfrage schon das 14. und noch nicht das 70. Lebensjahr vollendet haben.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

1. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bzw. Ihre Versicherungsanfrage bei uns eingeht und die in § 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.
2. Der zu diesem Antrag bzw. dieser Versicherungsanfrage gewährte vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

- a) ein gleichartiger Versicherungsschutz aus der Versicherung begonnen hat; dies gilt auch dann, wenn die Hauptversicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen zu Stande gekommen ist; hierüber müssen Sie uns unverzüglich informieren;
 - b) Sie Ihren Antrag bzw. Ihre Versicherungsanfrage zurückgenommen oder angefochten haben;
 - c) der Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz nach Absatz 3 gekündigt wurde;
 - d) der Hauptversicherungsvertrag nicht zu Stande kommt, weil Sie Ihre Vertragserklärung nach § 8 VVG widerrufen oder einer Abweichung des Hauptversicherungsvertrages von Ihrem Antrag nach § 5 Absatz 1 und 2 VVG widersprochen haben;
 - e) Sie nach Übersendung des Versicherungsscheins die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt haben bzw. der Einzug der Prämie im Rahmen des Lastschriftverfahrens nicht möglich war oder Sie diesem widersprochen haben, sofern die Nichtzahlung von Ihnen zu vertreten ist und wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.
3. Für die Kündigung des vorläufigen Versicherungsschutzes gilt:
 - a) Sie können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
 - b) Auch wir können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Eine Kündigung erfolgt insbesondere dann, wenn wir Ihren Antrag nicht annehmen bzw. Ihnen auf Ihre Versicherungsanfrage keinen Vertragsvorschlag unterbreiten können oder wenn Sie bei einer Versicherungsanfrage unseren Vertragsvorschlag nicht innerhalb der dort gesetzten Frist angenommen haben. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.
 4. Sofern unsere Leistungspflicht während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist, endet diese in den Fällen des Absatz 2 b) und d) und des Absatz 3 a) mit dem vorläufigen Versicherungsschutz. In den übrigen Fällen bestimmt sich das Ende unserer Leistungspflicht nach § 4.

§ 4 In welchen Fällen endet die Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz und in welchen Fällen ist sie ausgeschlossen?

1. Soweit unsere Leistungspflicht nicht mit der Beendigung des vorläufigen Versicherungsschutzes endet (siehe § 3 Absatz 4), besteht sie bis zum Eintritt der Leistungsfreiheit oder Wegfall der Leistungsvoraussetzungen, längstens jedoch bis zum Ablauf der Versicherungsdauer fort, wobei jeweils die Voraussetzungen des in Ihrem Antrag bzw. Ihrer Versicherungsanfrage genannten Versicherungsvertrags maßgeblich sind. Darüber hinaus entfällt unsere Leistungspflicht, wenn wir infolge einer Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht berechtigt sind, eine Anfechtung, Kündigung oder den Rücktritt von der Hauptversicherung oder dem Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz zu erklären. Die Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht können Sie den Formularen für Ihren Antrag bzw. Ihrer Versicherungsanfrage entnehmen.
2. Unsere Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz ist auch in den Fällen des Absatzes 1 ausgeschlossen, sofern der Versicherungsfall auf Umständen beruht, nach denen wir in den Antragsunterlagen bzw. den Formularen für eine Versicherungsanfrage oder den zugehörigen Dokumenten gefragt haben und von denen Sie oder die versicherte(n) Person(en) vor Unterzeichnung des Antrages bzw. der Versicherungsanfrage Kenntnis hatten, auch wenn diese Umstände in dem Antrag bzw. der Versicherungsanfrage angegeben wurden. Dies gilt nicht, wenn die betreffenden Umstände nach unseren Grundsätzen der medizinischen Risikobewertung einer Annahme des gestellten Antrages bzw. einem Vertragsabschluss auf Grund Ihrer Versicherungsanfrage nicht entgegengestanden hätten.
3. Darüber hinaus gelten die Einschränkungen und Ausschlüsse in dem Paragraphen „In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?“ der Versicherungsbedingungen, die für die beantragte bzw. in der Versicherungsanfrage genannte Versicherung maßgeblich sind.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir grundsätzlich keine zusätzliche Prämie. Erbringen wir aber Leistungen auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht der Prämie für das erste Versicherungsjahr des in Ihrem Antrag bzw. Ihrer Versicherungsanfrage genannten Versicherungsvertrages. Bei Einmalprämienversicherungen ist dies die Einmalprämie. Ist die Höhe unserer Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Absatz 2 begrenzt, wird das Entgelt auf Basis des Versicherungsschutzes in Höhe der dort genannten Höchstbeträge berechnet.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

1. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen sowie die weiteren Vertragsbestimmungen für die Hauptversicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen Anwendung, die Gegenstand Ihres Antrages bzw. Ihrer Versicherungsanfrage sind. Dies gilt insbesondere für die dort oder in den weiteren Vertragsunterlagen enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Die gesetzlich vorgeschriebenen Kundeninformationen und die Versicherungsbedingungen erhalten Sie zusammen mit dem Vertragsvorschlag.
2. Soweit Sie in Ihrem Antrag bzw. Ihrer Versicherungsanfrage eine dritte Person als Bezugsberechtigten angegeben haben, ist diese auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz anspruchsberechtigt.

Wichtige Hinweise zur unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag

Sofern Sie eine unverbindliche Anfrage für einen Vertragsvorschlag stellen, stellen die von Ihnen in diesem Formular gemachten Angaben und Erklärungen noch keine verbindliche Vertragserklärung dar; sie sind dennoch erforderlich und wahrheitsgemäß abzugeben, damit wir für Sie einen Vertragsvorschlag erstellen können. Ihre Angaben und Erklärungen werden zu einer verbindlichen Vertragserklärung, sobald wir Ihnen unser Vertragsangebot durch Übersendung eines Vertragsvorschlages, der sämtliche erforderlichen Unterlagen und Informationen enthält, übermittelt haben und Sie das dem Vertragsvorschlag beigefügte Formular einer Annahmeerklärung an uns

zurückgesandt haben. Hierauf werden wir Sie bei Übersendung des Vertragsvorschlages noch einmal gesondert hinweisen.

Stellen wir im Rahmen der Risikoprüfung fest, dass ein Vertragsvorschlag nicht oder nur unter Erschwerungen (Prämienzuschlag oder Risikoausschluss) erstellt werden kann, erfolgt auf der Grundlage der von Ihnen erteilten Einwilligung zum Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS) eine Meldung hierüber an den jeweiligen Betreiber des HIS.

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

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 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, Tarifanpassung 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 Versicherungsmissbrauch 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 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 übermitteln 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 Aufstellung 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 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.

Kontaktadressen: 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 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 zwischengeschaltete Person.

Übersicht der Dienstleister der HDI Versicherungen (Stand 01.01.2019)

HDI Lebensversicherung AG (H-LV), HDI Pensionskasse (H-PK)

Gemäß gesetzlicher Informationspflicht und Datenschutzverhaltensregeln der Deutschen Versicherungswirtschaft

Konzerngesellschaft oder externer Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand			
Dienstleister	Dienstleistung/Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten	Auftrag gebende Gesellschaft(en)
HDI Systeme AG	Output Services, Desktop (APS) Services, Anwendungsentwicklung, IT-Services, Print-Services, Anwendungsbetrieb	ja	H-LV, H-PK
IBM Deutschland GmbH	IT-Rechenzentrum Services	nein	H-LV, H-PK
Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Datenverarbeitung nicht Hauptgegenstand des Auftrags ist oder die nur regional oder einmalig tätig sind			
Dienstleister	Dienstleistung/Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten	Auftrag gebende Gesellschaft(en)
HDI Kundenservice AG (HK)	Antrags-, Bestands- und Leistungsbearbeitung, IT-Koordination, Betriebsorganisation, Controlling, Kapitalanlagenmanagement, Produktmanagement und Versicherungsmathematik, Kommunikation, Recht, Produktsteuern	ja	H-LV, H-PK
HDI Direkt Service GmbH (HDS)	Betriebliche Unterstützung, Vertragsbearbeitung, Call-Center inkl. Outbound	ja	H-LV, H-PK
HDI Vertriebs AG (HVT)	Vermittlung, Beratung und Betreuung, Vertriebsunterstützung und -Innendienst, partielle Zeichnungs- und/oder Inkassovollmacht, Schadenregulierung Exklusivvertrieb, Marketing	ja	H-LV, H-PK
PB Lebensversicherung AG (PBL)	Vertriebsunterstützung Auto	nein	H-LV
HDI Service AG	Postverarbeitung, Scannen, Zahlungsverkehr (Inkasso/Exkasso), Forderungsmanagement, Rechnungswesen, Personal, Zentraleinkauf, Innere Dienste	ja	H-LV, H-PK
Talanx AG	Konzern Revision, Recht, Steuern, Corporate Office, Compliance, Datenschutz, Risikomanagement (Validierung internes Modell, Risikoszenarien biometrische Risiken)	ja	H-LV, H-PK
Ampega Asset Management GmbH	Kapitalanlagenverwaltung	nein	H-LV, H-PK
HDI Global SE (HG)	Rückversicherungsabrechnung, Schadenregulierung Vermögensschadenhaftpflicht und Unfall	ja	H-LV
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
Medicals Direct Deutschland GmbH	Unterstützung bei der BU-Risikoanalyse – Zweitmeinung	Ja	H-LV
Ratiodata IT-Lösungen & Services GmbH	Archivieren von Papierakten inkl. Lieferservice	Ja	H-LV
Konzerngesellschaften, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Stammdaten teilnehmen			
HDI Versicherung AG	Partnerdatenverarbeitung, Online-Services, Kommunikationsmaßnahmen		
HDI Lebensversicherung AG			
HDI Pensionskasse AG			

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



HDI Lebensversicherung AG
www.hdi.de

Gesundheitserklärung

zum Antrag / zur unverbindlichen Anfrage vom: Tag Monat Jahr
Versicherungsnehmer (VN)

Versicherungs-Nr.
sofern bekannt
Versicherte Person (VP)

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 unter „Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht / Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ auf der Rückseite dieses Dokuments.

Bitte beim Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung immer beantworten:

Angaben zur beruflichen Tätigkeit der VP

Beruf Student/in Medien
Bei Studenten gilt hier das angestrebte Berufsziel und bei Auszubildenden der Ausbildungsberuf.

Risikogruppe A 1 Angestellter Beamter Selbständiger/Freiberufler seit wann? Tag Monat Jahr
 Auszubildender Student

Fachrichtung Studium Medien

1. Personalverantwortung für Personen 0 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.)

2. Anteil der Bürotätigkeit an einem festen Arbeitsplatz in Anteil Gesamttätigkeit 100 %
(Hierzu zählen sitzende Tätigkeiten im Büro, die weder körperliche Arbeiten enthalten noch einem ständigen Wechsel des Einsatzortes unterliegen.)

3. Anteil der körperlichen Tätigkeit in Anteil Gesamttätigkeit 0 %
(Hierzu zählen alle Tätigkeiten, die mit einer Kraftanstrengung verbunden sind.)

Allgemeine Gesundheitsprüfung

Angaben der versicherten Person (VP)

Bei den nachstehenden in Klammern aufgeführten Angaben handelt es sich lediglich um Beispiele, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben. Ergebnisse evtl. durchgeführter Gentests müssen nicht angegeben werden (siehe wichtige Hinweise bezüglich der Informationen zu genetischen Untersuchungen im Rahmen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) auf der Seite 6)

- Wurden in den letzten 5 Jahren ein oder mehrere Anträge auf eine Versicherung zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? Das gilt für Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Dread Disease- oder Pflegerenten-Versicherungen. Falls ja: Bitte nennen Sie jeweils den Namen der Versicherungsgesellschaft, das Jahr der Antragstellung oder der Anfrage, die Art der Versicherung, die Höhe der Leistung und mögliche Übernahmebedingungen (Erschwerungen). nein ja
- Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt – sowohl im Beruf, wie bei Sport und Freizeit? Zum Beispiel, weil Sie mit Chemikalien oder radioaktiven/explosiven Stoffen zu tun haben. Oder weil Sie Luftsport, Motorsport, Tauchsport, Bergsport, Kampfsport, Wassersport oder Reitsport betreiben. nein ja
- Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Aufenthalt außerhalb Europas, der länger als 3 Monate dauern wird? (Wann, wo, wie lange, beruflicher oder privater Anlass?) nein ja

Angaben zur Gesundheit der VP

4. Bitte geben Sie Ihre Körpermaße an: Größe cm Gewicht kg
- Zeitlich nicht befristete Fragen**
- Bestehen körperliche Beeinträchtigungen (wie angeborene Erkrankungen, Missbildungen oder fehlende Gliedmaßen), oder bestehen bleibende Beeinträchtigungen (z. B. Bewegungseinschränkungen, Bandscheibenschädigung, Blindheit, Gehörlosigkeit)? Besteht ein Grad der Behinderung (GdB), die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder der Wehrdienstbeschädigung (WDB)? Bitte Kopie des Rentenbescheids beifügen! nein ja
 - Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) festgestellt? nein ja
 - Bestehen oder bestanden bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Blutkrebs, Brustkrebs, Darmkrebs, Hodenkrebs)? nein ja
- Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 10 Jahre**
- Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär operiert oder stationär behandelt (dazu zählen auch Kur-/Reha-Aufenthalte, Entzugsbehandlungen, Strahlen-/Chemotherapie), oder sind aktuell Operationen oder Behandlungen geplant, oder stehen Untersuchungsergebnisse noch aus? nein ja
- Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 3 Monate**
- Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden? Wie z. B. Rücken- oder Nackenschmerzen über mindestens 48 Stunden, Schmerzen in der Herzgegend, Engegefühl im Brustraum, Herzrhythmusstörungen, Seh-, Hör-, Gleichgewichts-, Gang-, Sensibilitäts- oder Wahrnehmungsstörungen, Atemnot, Ohnmacht, Blut im Urin oder im Stuhl, psychische Erschöpfungs- oder Angstzustände, wiederkehrende Schmerzzustände mit noch nicht geklärter Ursache und allergische Reaktionen. nein ja

Original an Versicherer - Durchschlag 1 für Vertrieb - Durchschlag 2 für Versicherungsnehmer. Mit schwarzem oder blauem Kugelschreiber in GROSSBUCHSTABEN ausfüllen! Zutreffendes Kästchen ankreuzen!

Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 5 Jahre

10. Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen, Beratungen, Untersuchungen bei Ärzten, sonstigen Behandlern* oder im Krankenhaus statt wegen Krankheiten oder Unfallfolgen:
- 10a. des Herzens, der Gefäße oder der Kreislauforgane (z. B. ein ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Krampfadern, Herzfehler, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Angina Pectoris)? nein ja
- 10b. der Atmungsorgane: Dies sind Lunge, Bronchien, Luftröhre, Nase oder Rachen (z. B. Asthma, rezidivierende oder chronische Bronchitis, Schlafapnoe)? nein ja
- 10c. der Verdauungsorgane: Dies sind Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z. B. Magen-/Darmgeschwür, Entzündungen, Gallensteine, Fettleber, erhöhte Leberwerte, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarmsyndrom)? nein ja
- 10d. der Nieren, der Harnwege oder der Geschlechtsorgane (z. B. Nierensteine, Nierenversagen, wiederkehrende oder chronische Entzündungen, Blut oder Eiweiß im Urin)? nein ja
- 10e. des Gehirns und des Nervensystems (z. B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, chronischer Kopfschmerz, Migräne)? nein ja
- 10f. der Psyche (z. B. Depressionen, Angstzustände, Schlafstörungen, Essstörungen, Suizidversuch, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Burn-out, Erschöpfungszustände), oder wurden oder werden Sie wegen einer Suchterkrankung (Konsum von Drogen, drogenähnlichen Substanzen, Medikamenten oder Alkohol) behandelt oder beraten? nein ja
- 10g. des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)? nein ja
- 10h. des Blutes oder des lymphatischen Systems und der Milz (z. B. Anämie, Gerinnungsstörungen, Lymphdrüsenentzündung)? nein ja
- 10i. Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose, Hepatitis B/C, Tropen- oder Geschlechtskrankheiten)? nein ja
- 10j. gutartige Tumorerkrankungen (z. B. Adenome, Zysten)? nein ja
- 10k. der Haut (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Melanome)? nein ja
- 10l. des Stütz- und Bewegungsapparates wie der Wirbelsäule, der Bandscheiben, der Knochen, der Gelenke, der Muskeln, der Sehnen oder der Bänder (z. B. Rückgratkrümmung, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskussschaden, Sehnencheidenentzündung, Gelenkentzündungen, Gelenkverschleiß, Rheuma, Fibromyalgie)? nein ja
- 10m. der Augen (z. B. Linseneintrübung, Netzhautablösung, erhöhter Augeninnendruck, Laser-Behandlung)? nein ja
- 10n. Besteht eine Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien?
Falls ja: Bitte geben Sie die betreffende Dioptrienzahl an. links rechts
links rechts
- 10o. der Ohren (z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Störungen des Gleichgewichtssinns)? nein ja
- 10p. Allergien (z. B. Heuschnupfen, Hausstaub, Tierhaare, Insektengift, chemische Substanzen)? nein ja

Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 3 Jahre

11. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 3 Jahre über einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen apothekenpflichtige Medikamente, oder wurden Ihnen solche verordnet? Falls ja: Bitte nennen Sie die Medikamente. Seit wann nehmen Sie diese? Wie hoch ist die Dosis pro Tag? Und weswegen nehmen Sie diese? nein ja

Bitte geben Sie Ihren Arzt an, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse berichten kann. (Name, Anschrift, Fachrichtung)

* Unter „sonstige Behandler“ sind z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten zu verstehen.

Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen Was? Wann? Wie lange? Bei Gesundheitsangaben auch Diagnose, Behandlung, Folgen?
Name und Anschrift behandelnder Ärzte/sonstige Behandler*, Krankenhäuser, Kur-/Rehakliniken? Ergebnis? Folgen?

Frage Erläuterungen

Bitte bei Platzmangel ein separates, vom VN unterschriebenes Blatt verwenden!

* Unter „sonstige Behandler“ sind z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten zu verstehen.

Zusätzliche Prüfung für eine Rente bei Berufsunfähigkeit

Angaben zur Angemessenheit

Bestehen für Sie schon (Zusatz-)Versicherungen für den Fall der Berufs-/Erwerbsunfähigkeit, oder wurden solche beantragt? nein ja
Falls ja: Nennen Sie bitte jeweils den Namen der Gesellschaft, das Jahr der Antragstellung bzw. der Anfrage, die Schicht (Basisrente, private Absicherung), die Höhe der Leistung und die Art der Versicherung.

Gesellschaften	Jahr	Schicht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Höhe der Leistung/Prämienbefreiung p.a.	Art der Versicherung (BU/EU)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2. Verfügen Sie neben der beantragten Berufsunfähigkeitsversicherung noch über weitere Versorgungsleistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit?

Berufsständisches Versorgungswerk	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	mtl., ca.	_____
Beamtenversorgung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	mtl., ca.	_____ EUR
Betriebliche Altersversorgung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	mtl., ca.	_____ EUR

3. Bitte geben Sie Ihr Jahresbruttoeinkommen der letzten 3 Jahre an:
(Als Einkommen gelten regelmäßige Einkünfte aus Arbeitstätigkeit 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.)

Jahr	<u>2 0 1 6</u>	_____ EUR
Jahr	<u>2 0 1 7</u>	_____ EUR
Jahr	<u>2 0 1 8</u>	_____ EUR

Bei Gesamten – einschließlich bestehender Anwartschaften – von mehr als 30.000 EUR jährlich bitte Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre (z. B. Steuerbescheid, Bestätigung des Steuerberaters, Gehaltsabrechnungen) einreichen.

Allgemeine Angaben – bitte immer ausfüllen

Es wurde eine ärztliche Untersuchung gemäss der Annahmerichtlinien veranlasst.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Für die Gesundheitsfragen wurde zusätzlich ein gesondert unterschriebenes Blatt verwendet.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie die Angaben in der Erklärung selbst in dieses Formular eingetragen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hat der Vermittler die Angaben in der Erklärung in dieses Formular eingetragen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Besondere Vereinbarungen Die folgenden besonderen Vereinbarungen werden nur gültig bei schriftlicher Bestätigung:

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.)

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft 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. Der Widerruf ist zu richten an:

HDI Lebensversicherung AG
Charles-de-Gaulle-Platz 1
50679 Köln
E-Mail: leben.service@hdi.de

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 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, Beratun-

gen, 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 Zusammenhang – 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 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 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

Original am Versicherer · Durchschlag 1 für Vertrieb · Durchschlag 2 für Versicherungsnehmer. Mit schwarzem oder blauem Kugelschreiber in GROSSBUCHSTABEN ausfüllen! (Zutreffendes Kästchen ankreuzen!)

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) – s. Antragsformular

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 HIS GmbH, Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, www.informa-his.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 – s. Antragsformular
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 gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung zur Kenntnis genommen.

Ort/Datum

Unterschrift
Vermittler

Unterschrift
Versicherungsnehmer

X

ggf. Firmenstempel

Unterschrift
Versicherte Person

X

sofern vom VN abweichend; bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter

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 Rückkaufwertes.

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 kannten.

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.

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.