

ANTRAGSTELLUNG LEICHT GEMACHT

**Sie können Ihre Versicherung bei der Hannoverschen Leben ganz einfach beantragen.
Die Erläuterungen zu den Ziffern 1–12 erleichtern das Ausfüllen.**

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

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

Rechtsnachfolge bei privaten Versicherungen: Beim Tod des Versicherungsnehmers, der nicht gleichzeitig auch versicherte Person ist, wird die versicherte Person Versicherungsnehmer, sofern bis dahin nichts anderes bestimmt ist. Wenn im Falle Ihres vorzeitigen Todes nicht die versicherte Person neuer Versicherungsnehmer werden soll, sondern jemand anders, oder wenn die versicherte Person minderjährig ist, fordern Sie bitte den Vordruck 2100 an. Bitte beachten Sie: Wir sind verpflichtet, eine Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft der Finanzbehörde zu melden.

2 **Versicherte Person(en):** Auf ihr Leben wird die Versicherung abgeschlossen; nach ihrem Alter und Geschlecht wird der Beitrag berechnet. Im Falle ihres Todes (bei Einschluss der Tarife BZ oder BR auch im Falle ihrer Berufsunfähigkeit) tritt der Versicherungsfall ein. Bei Partnerтарifen bilden wir ein Zwischeneintrittsalter, das der Beitragskalkulation zugrunde gelegt wird. Versicherte Person und Versicherungsnehmer/-in sind meist identisch. **Fügen Sie bitte einen Nachweis über das Geburtsdatum der versicherten Person(en) bei, z. B. Kopie des Personalausweises.**

3 Kreuzen Sie bitte den Tarif an, den Sie aus unseren Vorschlägen gewählt haben. Zur besseren Übersichtlichkeit haben wir in diesem Antrag auf die Zusätze „N“ und „R“ zur Unterscheidung zwischen Raucher und Nichtraucher verzichtet.

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

5 Sie können die laufenden **Beiträge** jährlich oder in unterjährlichen Raten zahlen. Am bequemsten und wirtschaftlichsten ist der Lastschrifteinzug von einem Bank- oder Sparkassen-Girokonto. Damit

werden gleichzeitig Rückfragen im Zusammenhang mit dem „Geldwäschegesetz“ vermieden.

6 **Zusatzversicherungen** ergänzen die geplante Absicherung im Risikotarif T1. Die Berufsunfähigkeits-Jahresrente darf maximal 100 % der Hauptversicherungssumme, muss mindestens aber 300 EUR betragen. Sie können die geplante Absicherung mit einer **Unfall-Zusatzversicherung** erweitern. Dann zahlen wir bei Unfalltod der versicherten Person die Unfallsumme zusätzlich zu den sonst fälligen Leistungen.

7 Die **Dynamisierung** einer Risikoversicherung (T1) ist für anfängliche Versicherungssummen von 6.000 bis 200.000 EUR möglich. Die jährliche Erhöhung beträgt 3 % der Versicherungssumme. Das Verhältnis einer ggf. mitversicherten Berufsunfähigkeitsrente zur Versicherungssumme der Risikoversicherung ändert sich durch die Erhöhungen nicht. Bitte beachten Sie: Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente darf bei Vertragsabschluss nicht kleiner als 6.000 EUR und nicht höher als 24.000 EUR sein. Einzelheiten entnehmen Sie den beiliegenden besonderen Bedingungen für Versicherungen mit Dynamik. Eingeschlossene Unfallzusatzversicherungen werden nicht dynamisiert.

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

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

10 Sie haben mit diesem Antrag weitere Informationen von uns erhalten. Bitte bestätigen Sie uns hier den Erhalt durch Ihre Unterschrift.

11 Die **Schlussklärung** ist die wesentliche Grundlage für den Versicherungsvertrag. Zusammen mit den Versicherungsbedingungen und den Verbraucherinformationen werden die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien festgelegt.

12 Bitte die erforderlichen **Unterschriften nicht vergessen.**

Für die Risikoversicherung gilt sofort ab Antragsingang vorläufiger Versicherungsschutz gemäß Bedingungen.

Unsere Versicherungsbedingungen

Die nachstehend aufgeführten allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen gelten für diesen Antrag:

Allgemeine Bedingungen für die Lebensversicherung

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

Besondere Bedingungen für die Risikoversicherung

Besondere Bedingungen für Dynamik bei Risikoversicherungen

Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, Comfort-BUZ

Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, Comfort-BUZ Plus

Besondere Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Besondere Bedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung

Gültig für die Tarife:

alle

T1, T1D, TP1, T3, T4

T1, TP1, T3, T4

T1D

BZ, BR

BZ-Plus, BR-Plus

EZ, ER

UZ

Bitte füllen Sie den Antrag sorgfältig mit blauem oder schwarzem Kugelschreiber in Großbuchstaben aus. Zutreffendes ankreuzen. Beachten Sie auch die Hinweise und Erläuterungen, insbesondere zu den Hinweisnummern, auf der Rückseite dieses Antrages.

Die aufgrund dieses Antrages abgeschlossenen Verträge sind rechtlich selbstständige und voneinander unabhängige Verträge. Beantragt werden nur Versicherungen, die angekreuzt sind.

ANTRAG AUF RISIKOVERSICHERUNG



<input type="checkbox"/> Bereits versichert / Nr. _____	Vermittler-Nr. _____
VERSICHERUNGSNEHMER (VN) 1 Bei Partnersversicherung = 1. versicherte Person	
Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
Vorname	_____
Nachname	_____
Straße	_____ Hausnummer _____
Postleitzahl	_____ Wohnort _____
Geburtsdatum	_____ Staatsangehörigkeit _____ *freiwillige Angabe
Telefon tagsüber*	_____ Fax* _____
E-Mail*	_____
Berufstätigkeit	_____
Branche	_____
Arbeitgeber	_____
VERSICHERTE PERSON 2 <input type="checkbox"/> Wie Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Bei Partnersversicherung = 2. versicherte Person	
Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
Vorname	_____
Nachname	_____
Straße	_____ Hausnummer _____
Postleitzahl	_____ Wohnort _____
Geburtsdatum	_____ Staatsangehörigkeit _____ *freiwillige Angabe
Telefon tagsüber*	_____ Fax* _____
E-Mail*	_____
Berufstätigkeit/ Branche	_____
Arbeitgeber	_____
VERSICHERUNGSUMFANG 3 (Gewinnverwendung Sofortgutschrift) Vorläufiger Versicherungsschutz gem. Bedingungen	
<input type="checkbox"/> Risikoversicherung (T1) <input type="checkbox"/> Partner-Risikoversicherung (TP1) <input type="checkbox"/> Risikoversicherung mit fallender Summe (T3)	
<input type="checkbox"/> Risikoversicherung nach Tilgungsplan (T4) Zinssatz _____ % Tilgungssatz _____ %	
<input type="checkbox"/> Als Nichtraucherart (siehe Schlusserklärung) <input type="checkbox"/> Als Kollektivtarif (zu den Tarifen T1, T3)	
<input checked="" type="checkbox"/> 4 Versicherungsbeginn 0 1 _____ Zahlungsweise 1/ _____ jährlich 5	
<input type="checkbox"/> Versicherungssumme _____ EUR	
<input type="checkbox"/> Versicherungsdauer _____ Jahre Endalter _____	
Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung 6	
<input type="checkbox"/> Comfort BUZ-Plus <input type="checkbox"/> Comfort BUZ	
<input type="checkbox"/> Versicherungsdauer _____ Jahre Endalter _____ Versicherte Jahresrente _____, _____ EUR	
Unfall-Zusatzversicherung	
<input type="checkbox"/> Ja, bei Unfalltod der versicherten Person/en soll die oben gewählte Versicherungssumme der Risikoversicherung als zusätzliche Leistung gezahlt werden; in einfacher Höhe <input type="checkbox"/> doppelter Höhe	
Der jährliche Zusatzbeitrag je versicherter Person beträgt nur 0,60 EUR für je 1.000 EUR Unfallversicherungssumme.	
Zahlbeitrag gesamt / EUR gem. Zahlungsweise _____, _____	
Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann es in Einzelfällen zu geringfügigen Abweichungen zwischen dem Angebot und den im Versicherungsschein verbindlich dokumentierten Werten kommen.	
DYNAMIK 7 <input type="checkbox"/> Ja, meine Versicherungssumme soll jährlich um 3% wachsen (nicht möglich bei Tarifen mit fallender Summe oder Partner-Tarifen). Diese Erhöhungen erfolgen ohne weitere Gesundheitsprüfung. Die Dynamik kann ich jederzeit widerrufen.	
BEZUGSRECHT 8	
Bezugsberechtigt für alle Leistungen, die aus der Versicherung fällig werden, ist a) der Versicherungsnehmer, b) falls verstorben, ist es:	
Name	_____
Geburtsdatum	_____

RISIKO- UND GESUNDHEITSERKLÄRUNG DER VERSICHERTEN PERSON 9

Wichtiger Hinweis für die versicherte Person zur Anzeigepflicht:

Im Rahmen der Antragsprüfung bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten. Wichtig dabei ist, dass Sie uns **alle** Ihnen bekannten Gefahrumstände vollständig und richtig angeben, auch wenn Sie ihnen keine oder nur eine geringe Bedeutung beimessen. Um Ihnen einen bedarfsgerechten Versicherungsschutz bieten zu können, fragen wir Sie daher nachfolgend nach Umständen, die Einfluss auf einen möglichen Eintritt des versicherten Risikos haben könnten. Wenn wir Sie nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach Gefahrumständen fragen, sind auch diese Fragen vollständig und richtig zu beantworten. **Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder unvollständig beantworten, kann die Hannoversche Leben vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, ihn kündigen, ihn anpassen oder die Leistung verweigern (bitte beachten Sie dazu die ausführlichen Hinweise in der Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht).**

Wir möchten dies gerne vermeiden, müssten aber bei Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht im Interesse der anderen Versicherungsnehmer davon Gebrauch machen. Bitte tragen Sie durch Ihre Antworten zu einem für Sie dauerhaft wirksamen Versicherungsschutz bei. Angaben zu evtl. bereits durchgeführten Gentests müssen bei der Beantwortung der folgenden Fragen nur unter bestimmten Voraussetzungen gemacht werden. Erläuterungen dazu entnehmen Sie bitte der Schlussklärung. HIV-Tests sind **keine** Gentests.

Wenn Sie eine oder mehrere der folgenden Fragen bejahen, benötigen wir Erläuterungen unter Punkt 2. Reicht der Raum für die Beantwortung nicht aus, fügen Sie bitte ein zusätzliches Blatt bei und verweisen darauf.

1. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Heilbehandler untersucht, beraten oder behandelt worden hinsichtlich:

- | | |
|---|---|
| a) des Herzens, des Kreislaufs, der Gefäße (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Durchblutungsstörung, Venenentzündung, Thrombose, Lymphödem, Schlaganfall)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| b) Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Emphysem, Schlafapnoe)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| c) Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Leber (z. B. Magengeschwür, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Fettleber, Darmentzündungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| d) Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z. B. Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystennieren, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung, Zysten)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| e) des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| f) Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörungen)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| g) akuter oder chronischer Infektionen (z. B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| h) der Psyche (z. B. Angststörung, Depression, Neurose, Psychose, Essstörung, Überlastungszustand, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Burn-out-Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| i) des Gehirns, Rückenmarks, Nervensystems oder neurologischer Art (z. B. Hirnleistungsstörungen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Multiple Sklerose, Migräne oder Kopfschmerzen über dreimal im Monat)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| j) des Rückens, der Wirbelsäule, der Bandscheiben (z. B. Nackenschmerzen, ärztlich behandelte Rückenbeschwerden, Rückgratverkrümmung, Lumbago, Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Ischias)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| k) der Knochen, Gelenke (z. B. Abnutzung (nicht altersbedingt), Entzündung, rheumatische Beschwerden, Bänderverletzung, Hüftfehlstellung, Beinverkürzung, Rheuma, Arthrose)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| l) der Haut, Allergien (z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Psoriasis)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| m) der Augen (z. B. Sehstörung, Doppelbilder, Kurzsichtigkeit von mehr als 7 Dioptrien, Hornhaut- / Netzhauterkrankung, grauer / grüner Star, erhöhter Augenruck)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| n) der Ohren (z. B. Ohrensausen, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen)? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |

2. Wenn Sie eine oder mehrere Fragen unter 1a) bis n) bejaht haben, benötigen wir noch folgende Angaben (ggf. gesondertes Blatt benutzen):

Zu Frage Nr.	Ausführliche Angaben, Art, Verlauf, Folgen (z. B. der Krankheit, Störung), Ergebnis der Untersuchung?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)?	Bestehen noch Beschwerden und / oder Folgen?
				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

- | | | |
|--|---|---|
| <p>3. Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen fortdauernd Medikamente ein?</p> | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <p>Wann, weshalb, welche, wie lange?</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <p>4. Sind Sie oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in Behandlung von Physiotherapeuten, Krankengymnasten oder Masseuren?</p> | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <p>Wann, weshalb? Name / Anschrift</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <p>5. Sind Sie oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in Behandlung von Psychologen oder Psychotherapeuten?</p> | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <p>Wann, weshalb? Name / Anschrift</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <p>6. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Betäubungsmittel oder Drogen ein oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Drogen oder Betäubungsmitteln beraten oder behandelt?</p> | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <p>Welche? Name / Anschrift</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <p>7. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?</p> | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <p>Wann, welcher Art, bestehen Folgen?</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <p>8. Wurden in den letzten 5 Jahren Kontroll- / Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, welche Grunderkrankung / Störung lag diesen Untersuchungen zugrunde?</p> | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <p>Grund für die Kontrolle / Nachsorge?</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <p>9. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder besteht oder bestanden in den letzten 5 Jahren Gesundheitsstörungen, weswegen ein Antrag auf Schwerbehinderung gestellt wird oder gestellt wurde? Bitte geben Sie die entsprechenden Gesundheitsstörungen an.</p> | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <p>Welche? Welcher Grad?</p> <input style="width: 100%;" type="text"/> |

10. Wurde bei Ihnen **jedemals eine HIV-Infektion festgestellt** (positiver AIDS-Test)? Nein Ja
11. Bestehen bei anderen Gesellschaften bereits **Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen** oder haben Sie solche beantragt? Nein Ja Bei welcher Gesellschaft?
Todesfallsumme?
BUZ-Jahresrente?
12. Fahren Sie **aktiv ein motorisiertes Zweirad über 50 ccm, ein Quad oder ein Trike** (auch Saisonfahrer)? Nein Ja Welcher Art?
13. **Betreiben Sie Flugsport** (z. B. Drachen-, Gleitschirm-, Segelfliegen, Motorflug, Ultraleichtflug, Fallschirmspringen)? Nein Ja Welcher Art?
14. Sind Sie **beruflich oder privat Gefahren ausgesetzt** (z. B. Umgang mit bzw. Arbeiten im Nahbereich von radioaktiven, toxischen, infektiösen oder explosiven Stoffen, Tauchsport, Bergsport, Motorsport, Kampfsport, Militaryreiten, Kunstflug)? Nein Ja Welchen?
15. Werden Sie **voraussichtlich in den nächsten 12 Monaten für länger als 6 Monate** in das außereuropäische Ausland reisen? Nein Ja Wann? Wohin?
16. Haben Sie in den **letzten 12 Monaten geraucht**? Wenn nein, beachten Sie bitte die Nichtrauchererklärung in der Schlusserklärung. Nein Ja Wie viel täglich?
17. **Wie groß und wie schwer** sind Sie? Größe / cm Gewicht / kg

18. Die folgenden Fragen bitte nur ausfüllen bei beantragter Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherung mit Rentenleistungen:

Geben Sie uns bitte eine genaue **Tätigkeitsbeschreibung Ihres derzeit ausgeübten Berufs**.

Anteil Ihrer Tätigkeit (in %):

kaufmännisch / organisatorisch / verwaltend körperlich / handwerklich Außendienst / Reisetätigkeit künstlerisch kreativ

Sie sind Arbeitnehmer / -in Beamter / -in Selbstständig Seit wann? Anzahl der Beschäftigten:
 Auszubildender/Student Ausbildungsberuf/Studiengang:

Mussten Sie **in den letzten 5 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen Ihren Beruf wechseln? Nein Ja Wann und weshalb?

Ist in **den nächsten 12 Monaten ein Berufswechsel** beabsichtigt? Nein Ja

Wenn ja, in welchen neuen Beruf?

Bei Jahresrenten ab 12.000 EUR (einschließlich aller bestehenden privaten Vorversicherungen) bitte das jährliche Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten

3 Jahre angeben: Jahr EUR Jahr EUR Jahr EUR

Bei Jahresrenten ab 30.000 EUR (einschließlich aller bestehenden privaten Vorversicherungen) benötigen wir Einkommensnachweise über das Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten 3 Jahre: liegen bei

19. Haben Sie zur **Vervollständigung ein gesondertes Blatt (Unterschrift erforderlich)** beigefügt? Nein Ja

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

gilt widerruflich für alle meine Verträge, die bei der Hannoverschen Leben bestehen nur für diesen Vertrag

Geldinstitut Ort

BLZ Konto

Kontoinhaber (wenn nicht VN)

Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht VN)

Ich handle / Wir handeln auf eigene Rechnung Nein, ich handle / wir handeln für

Vorname

Nachname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

- Ich habe mich für eine pauschale Ermächtigung der umseitigen Entbindung von der Schweigepflicht entschieden (Variante 1).
 Ich habe mich für eine Einzelermächtigung entschieden (Variante 2).

EMPFANGSBESTÄTIGUNG ¹⁰ Ich bestätige den Erhalt der Produktinformation, der Verbraucherinformation, der Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Leistungen (gilt nur für T1 und TP1), der Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht sowie der dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen.

Unterschrift (VN)

HINWEISE / UNTERSCHRIFT ¹¹

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte unbedingt die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht sowie die Schlusserklärung. Diese enthält unter anderem Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung. Sie ist wichtiger Bestandteil dieses Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärung zum Inhalt dieses Antrages. Die Gesundheitsfragen sind von der versicherten Person auf diesem Vordruck zu beantworten.

Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers*

Datum

Unterschrift der versicherten Person (wenn nicht VN)* ¹²
*bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter

SCHLUSSEKLRUNG

Diese Erklrungen gelten fr alle Versicherungen:

Datenschutz

Ihre personenbezogenen Daten bentigen wir, die Hannoversche Lebensversicherung AG, insbesondere zur Einschtzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur berprfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten drfen nach geltendem Datenschutzrecht erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrcklich erlaubt, anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt. Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es fr die Begrndung, Durchfhrung oder Beendigung eines rechtsgeschftlichen oder rechtsgeschftsähnlichen Schuldverhltnisses erforderlich ist (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, so weit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwrdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung berwigt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklrung verzichtet werden. Zudem ermoglicht diese Einwilligungserklrung eine Datenverwendung auch fr die Flle, die nicht von vornherein durch die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden.

Mit den Datenschutzeinwilligungen ermoglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen. Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhngig davon, ob spater der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklrungen mit Wirkung fr die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

Hiermit **willige ich darin ein**, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prfung der Leistungspflicht durch die Hannoversche Lebensversicherung AG,
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe,
- zur gemeinschaftlichen Fhrung von Datensammlungen der Unternehmen der VHV-Gruppe*, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu knnen (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten,
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rckversicherung. Dies erfolgt durch bermittlung an und zur dortigen Verwendung durch Rckversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprt oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rckversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fllen bedienen sich Rckversicherer weiterer Rckversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten bermitteln,
- durch andere Unternehmen / Personen innerhalb und auerhalb der VHV-Gruppe*, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zu

Erledigung bertrgt. Die Unternehmen / Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung mglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen / Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicherzustellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulssigen Umgang mit den Daten zu gewhrleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten,

- zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klrung von Ansprchen aus dem Versicherungsverhltnis durch Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) im Auftrag fr die Versicherer verschlüsselt,
- zur Beratung und Information per Telefon, per Post oder per E-Mail ber weitere Produkte der VHV-Gruppe*. **Sind Sie nicht einverstanden, streichen Sie diese Klausel,**
- bei Basisrentenvertrgen und Altersvorsorgevertrgen zur bermittlung der Beitragsdaten an die zentrale Stelle.

* Der VHV-Gruppe gehren zurzeit folgende Unternehmen an:

- VHV Vereinigte Hannoversche Versicherung a. G.,
- VHV Allgemeine Versicherung AG,
- VHV Dienstleistungen GmbH,
- VHV Holding AG,
- VHV Vermgensanlage AG,
- Hannoversche Lebensversicherung AG,
- Hannoversche Direktversicherung AG,
- Hannoversche Direktvertriebs-GmbH,
- VHV Lebensversicherung AG,
- VHV insurance services GmbH,
- Hannoversche-Consult GmbH,
- HANNO-PENSION-Versorgungs-Management e.V.,
- Neue Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft Aktiengesellschaft,
- VVH Versicherungsvermittlung Hannover GmbH,
- WAVE Management AG.

Rechtsnachfolge bei privaten Versicherungen

Beim Tod des Versicherungsnehmers, der nicht gleichzeitig auch versicherte Person ist, wird die versicherte Person Versicherungsnehmer, sofern bis dahin nichts anderes bestimmt ist.

Beitragszahlung an Vermittler

Sofern der Vermittler zum Inkasso nicht ausdrcklich ermchtigt wurde, ist er nach dem Vermittlervertrag zur Annahme von Beitragszahlungen nicht berechtigt.

Sonstiges

ber die Fristen und sonstigen Voraussetzungen, wie Sie Ihre Vertragserklrung widerrufen knnen, sowie ber die Rechtsfolgen informieren wir Sie in der Verbraucherinformation und im Versicherungsschein.

Diese Erklrungen gelten zustzlich fr Versicherungen mit Gesundheitsprfung:

Datenschutz und Entbindung von der Schweigepflicht

Ihre vor Vertragsabschluss gemachten Angaben ber den Gesundheitszustand der versicherten Person werden berprt, so weit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos und/oder unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Bitte entscheiden Sie sich in diesem Zusammenhang fr eine der beiden nachfolgenden Mglichkeiten. Kreuzen Sie nicht die Variante 2 an, gilt automatisch Variante 1.

Variante 1: Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, so weit ich dort in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Die Hannoversche Lebensversicherung AG wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Variante 2: Die vorstehende Erklärung möchte ich für die Risikobeurteilung nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt. Im Todesfall nach Vertragsschluss gilt die Schweigepflichtentbindung gemäß Variante 1.

Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch die Hannoversche Lebensversicherung AG ein. **Ich willige ferner ein**, dass diese Gesundheitsdaten zum Zwecke der Vertragsabwicklung, des Datenaustauschs mit dem Vorversicherer, der Rückversicherung, der Erledigung durch andere Unternehmen/Personen, der Missbrauchsbekämpfung und der Beratung und Information verwendet werden dürfen. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden. Im Rahmen der Beratung und Information dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung ein konkreter Anlass besteht. So weit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, **entbinde ich** hiermit auch den Versicherer und dessen Mitarbeiter von der Schweigepflicht. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

Diese Erklärung gilt zusätzlich für Nichtraucher-Risikoversicherungen:

Nichtrauchererklärung der versicherten Person

Ich bestätige, dass ich in den vergangenen 12 Monaten vor Vertragsschluss weder Zigaretten noch Zigarren, Pfeife oder sonstigen Tabak unter Feuer konsumiert habe und auch beabsichtige, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, eine Änderung des Nichtraucherstatus (bei der Partner-Risikoversicherung auch die Änderung des Nichtraucherstatus nur einer versicherten Person) nachträglich unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Die Versicherung wird dann ab dem nächsten Monatsersten nach Zugang der Meldung bei der Hannoverschen Lebensversicherung AG in den entsprechenden Tarif mit dem erforderlichen Beitrag für Raucher eingestuft. Im Falle von fahrlässig unrichtigen Antragsangaben zum Rauchen vermindert sich die Versicherungssumme auf den Betrag, der bei Vertragsabschluss für den gleichen Beitrag für den Normaltarif R versichert worden wäre. Das Gleiche gilt für die Verletzung der nachträglichen Anzeigepflicht. Außerdem können unrichtige Angaben im Antrag zum Rauchen dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz vollständig verlieren, wenn die Voraussetzungen für einen Rücktritt oder eine Anfechtung vorliegen (vgl. § 6 der Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung).

Weitere Sonderregelungen für Versicherungen mit Gesundheitsprüfung:

Gentests

Unter Gentests versteht man die vorhersagende Untersuchung der DNA, RNA oder der Chromosomen eines Gesunden, die auf die Feststellung genetischer Eigenschaften gerichtete Genproduktanalyse sowie diagnostische genetische Untersuchungen zur Abklärung von Krankheiten oder Medikamentenverträglichkeiten. Nach den Vorschriften des Gendiagnostikgesetzes dürfen wir von Versicherten weder vor noch nach Abschluss eines Versicherungsvertrages

- die Vornahme genetischer Untersuchungen und Analysen (Gentests) verlangen,
- die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen verlangen oder solche Ergebnisse entgegennehmen oder verwenden. Ausnahmen vom Mitteilungs- und Verwendungsverbot bereits vorliegender Ergebnisse gelten für den Abschluss von Lebens-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen, wenn die versicherte Leistung 300.000 EUR oder die versicherte Jahresrente 30.000 EUR übersteigt. **Unabhängig davon sind aber Vorerkrankungen und Erkrankungen anzuzeigen.**