

# ANTRAG

## RISIKO- UND GESUNDHEITSERKLÄRUNG

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.



# RISIKO- UND GESUNDHEITSERKLÄRUNG

der zu versichernden Person       der zweiten zu versichernden Person       zum Antrag für eine betriebliche Direktversicherung

## VERSICHERUNGSNEHMER (VN) Bei Partnerversicherung = 1. versicherte Person

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ \*freiwillige Angabe

Telefon tagsüber\* \_\_\_\_\_ Fax\* \_\_\_\_\_

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

Derzeitige Berufstätigkeit \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

## VERSICHERTE PERSON Wie Versicherungsnehmer Bei Partnerversicherung = 2. versicherte Person

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ \*freiwillige Angabe

Telefon tagsüber\* \_\_\_\_\_ Fax\* \_\_\_\_\_

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

Derzeitige Berufstätigkeit \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

## RISIKO- UND GESUNDHEITSERKLÄRUNG DER VERSICHERTEN PERSON

### 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 des Merkblatts zur Anzeigepflichtverletzung).**

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 Schlusserklärung. 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)?  Nein  Ja
- b) **Lunge, Bronchien, Zwerchfell** (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Emphysem, Schlafapnoe)?  Nein  Ja
- c) **Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Leber** (z.B. Magengeschwür, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Fettleber, Darmentzündungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung)?  Nein  Ja
- d) **Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust** (z.B. Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystennieren, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung, Zysten)?  Nein  Ja
- e) **des Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)?  Nein  Ja
- f) **Blut- oder Tumorerkrankungen** (z.B. Krebs, Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörungen)?  Nein  Ja
- g) **akuter oder chronischer Infektionen** (z.B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten)?  Nein  Ja
- h) **der Psyche** (z.B. Angststörung, Depression, Neurose, Psychose, Essstörung, Überlastungszustand, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Burn-out-Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch)?  Nein  Ja
- i) **des Gehirns, Rückenmarks, Nervensystems oder neurologischer Art** (z.B. Hirnleistungsstörungen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Multiple Sklerose, Migräne oder Kopfschmerzen über dreimal im Monat)?  Nein  Ja

- j) **des Rückens, der Wirbelsäule, der Bandscheiben** (z.B. Nackenschmerzen, ärztlich behandelte Rückenbeschwerden, Rückgratverkrümmung, Lumbago, Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Ischias)?  Nein  Ja
- k) **der Knochen, Gelenke** (z.B. Abnutzung (nicht altersbedingt), Entzündung, rheumatische Beschwerden, Bänderverletzung, Hüftfehlstellung, Beinverkürzung, Rheuma, Arthrose)?  Nein  Ja
- l) **der Haut, Allergien** (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Psoriasis)?  Nein  Ja
- m) **der Augen** (z.B. Sehstörung, Doppelbilder, Kurzsichtigkeit von mehr als 7 Dioptrien, Hornhaut- / Netzhauterkrankung, grauer / grüner Star, erhöhter Augendruck)?  Nein  Ja
- n) **der Ohren** (z.B. Ohrensausen, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen)?  Nein  Ja

**2. Bestehen oder bestanden bei Ihnen darüber hinaus in den letzten drei Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden?**  Nein  Ja  
 Hierzu zählen Engegefühl im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörungen, Sehstörungen, Blut im Stuhl oder in Körperflüssigkeiten, psychische Erschöpfungszustände, Angstzustände, wiederkehrende Schmerzzustände ungeklärter Ursache.

**3. Wenn Sie eine oder mehrere Fragen unter 1a) bis n) oder 2) 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

**4. Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen fortdauernd Medikamente ein?**  Nein  Ja Wann, weshalb, welche, wie lange?

**5. Sind Sie oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in Behandlung von Physiotherapeuten, Krankengymnasten oder Masseuren?**  Nein  Ja Wann, weshalb? Name / Anschrift

**6. Sind Sie oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in Behandlung von Psychologen oder Psychotherapeuten?**  Nein  Ja Wann, weshalb? Name / Anschrift

**7. 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?**  Nein  Ja Welche? Name / Anschrift

**8. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?**  Nein  Ja Wann, welcher Art, bestehen Folgen?

**9. Wurden in den letzten 5 Jahren Kontroll- / Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, welche Grunderkrankung / Störung lag diesen Untersuchungen zugrunde?**  Nein  Ja Grund für die Kontrolle / Nachsorge?

**10. 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.**  Nein  Ja Welche? Welcher Grad?

11. Wurde bei Ihnen **jedemals eine HIV-Infektion festgestellt** (positiver AIDS-Test)?  Nein  Ja
12. Bestehen bei anderen Gesellschaften bereits **Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen** oder haben Sie solche beantragt?  Nein  Ja Bei welcher Gesellschaft? Todesfallsumme? BUZ-Jahresrente?
13. Fahren Sie **aktiv ein motorisiertes Zweirad über 50 ccm, ein Quad oder ein Trike** (auch Saisonfahrer)?  Nein  Ja Welcher Art?
14. **Betreiben Sie Flugsport** (z. B. Drachen-, Gleitschirm-, Segelfliegen, Motorflug, Ultraleichtflug, Fallschirmspringen)?  Nein  Ja Welcher Art?
15. 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?
16. Werden Sie **voraussichtlich in den nächsten 12 Monaten für länger als 6 Monate** in das außereuropäische Ausland reisen?  Nein  Ja Wann? Wohin?
17. Haben Sie in den **letzten 12 Monaten geraucht**?  Nein  Ja Wie viel täglich?  
 Wenn nein, beachten Sie bitte die Nichtrauchererklärung in der Schlussserklärung.
18. **Wie groß und wie schwer** sind Sie? Größe / cm Gewicht / kg

**19. 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

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

**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).

**HINWEISE / UNTERSCHRIFT**

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte unbedingt das Merkblatt zur Anzeigepflichtverletzung sowie die Schlussserklärung. 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 Schlussserklärung 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)\*

\* bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter

# SCHLUSSERLÄRUNG

## Diese Erklärungen gelten für alle Versicherungen:

### Datenschutz

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

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich 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 für die Begründung, Durchführung oder Beendigung eines rechtsgeschäftlichen oder rechtsgeschäftsähnlichen Schuldverhältnisses 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 schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch für die Fälle, die nicht von vornherein durch die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden.

Mit den Datenschutzeinwilligungen ermöglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen. Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für 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 Prüfung der Leistungspflicht durch die Hannoversche Lebensversicherung AG,
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe,
- zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Unternehmen der VHV-Gruppe\*, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (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 Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur dortigen Verwendung durch Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln,
- durch andere Unternehmen / Personen innerhalb und außerhalb der VHV-Gruppe\*, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur

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

- zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) im Auftrag für die Versicherer verschlüsselt,
- zur Beratung und Information per Telefon, per Post oder per E-Mail über weitere Produkte der VHV-Gruppe\*. **Sind Sie nicht einverstanden, streichen Sie diese Klausel,**
- bei Basisrentenverträgen und Altersvorsorgeverträgen zur Übermittlung der Beitragsdaten an die zentrale Stelle.

\* Der VHV-Gruppe gehören zurzeit folgende Unternehmen an:

- VHV Vereinigte Hannoversche Versicherung a. G.,
- VHV Allgemeine Versicherung AG,
- VHV Dienstleistungen GmbH,
- VHV Holding AG,
- VHV Vermögensanlage 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 ausdrücklich ermächtigt wurde, ist er nach dem Vermittlervertrag zur Annahme von Beitragszahlungen nicht berechtigt.

### Sonstiges

Über die Fristen und sonstigen Voraussetzungen, wie Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen können, sowie über die Rechtsfolgen informieren wir Sie in der Verbraucherinformation und im Versicherungsschein.

## Diese Erklärungen gelten zusätzlich für Versicherungen mit Gesundheitsprüfung:

### Datenschutz und Entbindung von der Schweigepflicht

Ihre vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über den Gesundheitszustand der versicherten Person werden überprüft, so weit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos und/oder unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Bitte entscheiden Sie sich in diesem Zusammenhang für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten. 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.**

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