

# ANTRAG

**RISIKO (JUNGE LEUTE)**

**MIT VEREINFACHTER GESUNDHEITSPRÜFUNG**

# VORAUSSETZUNGEN

Dieser **Antrag mit verkürzten Gesundheitsfragen** kann benutzt werden wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Todesfallschutz entspricht höchstens 300.000 EUR einschl. Vorversicherungen bei der Hannoverschen aus den letzten 5 Jahren.
- Das Eintrittsalter der versicherten Person beträgt maximal 45 Jahre.

## ANTRAGSTELLUNG LEICHT GEMACHT

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

**1 Versicherungsnehmer/-in** ist, wer die Versicherung abschließt, über sie verfügen kann und zur Beitragszahlung verpflichtet ist. 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 den „Allgemeinen Erklärungen“:

**Rechtsnachfolge bei privaten Versicherungen:** Beim Tod des Versicherungsnehmers, der nicht gleichzeitig auch versicherte Person ist, wird die versicherte Person Versicherungsnehmer, sofern bis dahin nichts anderes bestimmt ist. Bitte beachten Sie: Wir sind verpflichtet, eine Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft der Finanzbehörde zu melden.

**2 Versicherte Person(en):** Auf ihr Leben wird die Versicherung abgeschlossen; nach ihrem Alter wird der Beitrag berechnet. Die Fälligkeit von Leistungen hängt von der versicherten Person ab. Die vereinbarte Todesfallleistung zahlen wir, wenn die versicherte Person stirbt.

**3** Kreuzen Sie bitte den Tarif an, den Sie aus unseren Vorschlägen gewählt haben.

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

**5** Sie können die laufenden **Beiträge** jährlich oder unterjährlich zahlen. Am bequemsten und wirtschaftlichsten ist das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren zum Einzug von einem Bank- oder Sparkassen-Girokonto. Damit erübrigt sich in der Regel auch eine Identifizierung nach dem „Geldwäschegesetz“.

**6 Bezugsberechtigter** ist, wer die Versicherungsleistung bei Ablauf oder Tod der versicherten Person erhalten soll. Klare Formulierungen helfen, um den Bezugsberechtigten zweifelsfrei identifizieren zu können. Nennen Sie uns die Person(en), die Sie begünstigen wollen, mit Vor- und Zunamen, Geburtsnamen und Geburtsdaten.

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

**8** Für die Prüfung Ihres Antrags kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Dafür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung. **Bitte wählen Sie durch Ankreuzen eine der beiden genannten Möglichkeiten aus.**

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

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

### Unsere Versicherungsbedingungen

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

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz  
Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung  
Besondere Bedingungen für die Unfalltod-Zusatzversicherung

Gültig für die Tarife:  
T1, T1-Plus, T1-Exklusiv, TP1, TP1-Plus, T3, T3-Plus,  
T3-Exklusiv, T4, T4-Plus, T4-Exklusiv  
alle außer UZ  
BZ  
ZU

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

Beantragt werden nur Versicherungen, die angekreuzt sind.

# ANTRAG AUF RISIKOVERSICHERUNG – JUNGE LEUTE



<input type="checkbox"/> Bereits versichert / Nr.	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Vermittler-Nr.	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
---	----------------------	---	----------------------	----------------	----------------------	---	----------------------

  

**VERSICHERUNGSNEHMER (VN) 1**  Bei Partnersversicherung = 1. versicherte Person

Anrede  Frau  Herr

Vorname

Nachname

Straße  Hausnummer

Postleitzahl  Wohnort

Geburtsdatum         Staatsangehörigkeit

Geburtsland  Geburtsort

Telefon tagsüber\*  Fax\*

E-Mail\*  \*freiwillige Angabe

Derzeitige Berufstätigkeit

  

**VERSICHERTE PERSON 2**  Wie Versicherungsnehmer  Bei Partnersversicherung = 2. versicherte Person

Anrede  Frau  Herr

Vorname

Nachname

Straße  Hausnummer

Postleitzahl  Wohnort

Geburtsdatum         Staatsangehörigkeit

Geburtsland

Telefon tagsüber\*  Fax\*

Familienstand  Single bzw. allein- oder getrennt lebend  verheiratet oder zusammenlebend  sonstiges  \*freiwillige Angabe

Anzahl minderjähriger Kinder im gleichen Haushalt

0  1  2  3  4 und mehr

Berufstätigkeit

Berufsstatus

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

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

Höchster Bildungsabschluss

Studium (Hochschule, Fachhochschule)  Hochschul-/Fachhochschulreife  Meisterprüfung

Berufsausbildung/Berufsakademie  Schulabschluss  ohne Abschluss

  

**VERSICHERUNGSUMFANG 3** (Gewinnverwendung Sofortgutschrift) Vorläufiger Versicherungsschutz gem. Bedingungen

Risikoversicherung (T1)  Partner-Risikoversicherung (TP1)  Risikoversicherung mit fallender Summe (T3)

Risikoversicherung nach Tilgungsplan (T4) Zinssatz  % Tilgungssatz  % Tilgungsfreie Anfangsjahre (möglich bei T3, T4):  Jahre (max. 5 J.)

Für Nichtraucher seit 12 Monaten  Für Nichtraucher seit 10 Jahren  Als Plus-Tarif  Als Exklusiv-Tarif (zu Tarif T1, T3, T4)  Als Kollektivtarif (zu Tarif T1, T1-Plus) (siehe Nichtrauchererklärung)

**4** Versicherungsbeginn         Zahlungsweise **1/**  jährlich **5** Kollektivvertrags-Nr.

Versicherungssumme  EUR (mind. 20.000 EUR; bei T3, T4 und Kollektivtarifen mind. 50.000 EUR)

Versicherungsdauer  Jahre  Endalter  (Versicherungsdauer mind. 5 Jahre; bei T3, T4 mind. 10 Jahre)

**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.

## BEZUGSRECHT 6

Bezugsberechtigt für alle Leistungen, die aus der Versicherung fällig werden, ist a) der Versicherungsnehmer, b) falls verstorben, ist es:

Name

Geburtsdatum 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

## RISIKO- UND GESUNDHEITSERKLÄRUNG DER VERSICHERTEN PERSON 7

### WICHTIGER HINWEIS ZU DEN FOLGEN EINER ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG:

Im Rahmen der Antragsprüfung bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten. Wichtig dabei ist, dass Sie uns **alle** Ihnen bekannten Gefahrumstände vollständig und richtig angeben, auch wenn Sie ihnen keine oder nur eine geringe Bedeutung beimessen. Um Ihnen einen bedarfsgerechten Versicherungsschutz bieten zu können, fragen wir Sie daher nachfolgend nach Umständen, die Einfluss auf einen möglichen Eintritt des versicherten Risikos haben könnten. Wenn wir Sie nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach Gefahrumständen fragen, sind auch diese Fragen vollständig und richtig zu beantworten. Angaben zu evtl. bereits durchgeführten Gentests müssen bei der Beantwortung der folgenden Fragen nur unter bestimmten Voraussetzungen gemacht werden. Erläuterungen dazu finden Sie am Ende der Gesundheitsfragen. HIV-Tests sind **keine** Gentests.

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder unvollständig beantworten, kann die Hannoversche Lebensversicherung AG vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, ihn kündigen oder ihn anpassen, was zu unserer Leistungsfreiheit – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – führen kann (bitte beachten Sie dazu die ausführlichen Hinweise des Merkblatts zur Anzeigepflichtverletzung auf Seite 1 des beigefügten Heftes „Bedingungen und Informationen“).

**Wichtiger Hinweis!**

Sofern eine der Fragen 1-7 oder ggfs. 8 bejaht werden, dann ist die Risiko- und Gesundheitserklärung gemäß E 116 einzureichen.

1. Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten Medikamente verschrieben oder verabreicht (außer Verhütungsmittel, Allergiemittel oder Impfungen)?  Nein  Ja  
Hier müssen Sie nur Medikamente angeben, die Ihnen für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 4 Wochen verordnet wurden.
2. Waren Sie in den letzten 5 Jahren für mehr als 14 Tage durchgehend arbeitsunfähig oder sind Sie derzeit arbeitsunfähig?  Nein  Ja
3. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, Nierenerkrankung oder Diabetes untersucht, beraten oder behandelt oder steht ein Untersuchungsergebnis hierzu aus?  Nein  Ja
4. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer Tumorerkrankung oder Krebs untersucht, beraten oder behandelt oder fanden Tumor-/Krebs-Nachsorgeuntersuchungen statt oder steht ein Untersuchungsergebnis hierzu aus?  Nein  Ja
5. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen psychischer Beschwerden oder Erkrankungen von einem Arzt oder sonstigen Heilbehandler behandelt oder beraten?  Nein  Ja
6. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Betäubungsmittel oder Drogen ein oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Drogen oder Betäubungsmitteln beraten oder behandelt?  Nein  Ja
7. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär aufgenommen oder ist eine stationäre Aufnahme in den nächsten 12 Monaten geplant?  Nein  Ja  
Was Sie hier nicht angeben müssen, sind stationäre orthopädische Behandlungen wegen Erkrankungen und Beschwerden des Bewegungsapparates. Dazu zählen zum Beispiel Frakturen oder Bandscheiben-OPS. Entbindungen und Geburten ohne bleibende Komplikationen sind nicht anzugeben.

Sofern Sie zwischen 39 und 45 Jahre alt sind, beantworten Sie bitte auch die folgende Frage:

8. Besteht oder bestand bei Ihnen in den letzten drei Monaten eine der folgenden Gesundheitsstörungen oder Beschwerden:  Nein  Ja  
– Blut im Stuhl oder Urin  
– Lymphknotenschwellung  
– Brustknoten (Selbstertastung)  
– Geschwürbildung  
– Veränderungen der Haut bzw. der Leberflecken  
– Ungewollte Gewichtsabnahme von mehr als fünf Kilogramm
9. Bestehen bei der Hannoverschen Leben oder anderen Gesellschaften bereits Risiko-/Lebensversicherungen oder haben Sie solche beantragt?  Nein  Ja  
Bestehen bereits Vorversicherungen bei der Hannoverschen, so könnte aufgrund der Gesamt-Versicherungssumme eine ärztliche Untersuchung notwendig werden.
10. Sind Sie **privat Gefahren ausgesetzt**?  Nein  Ja Welcher Art?  
Hierzu zählen das Fahren eines motorisierten Zweirades über 50 ccm, eines Quads oder Trikes (auch Saisonfahrer), Tauchsport (außer reines Schnorcheln), Bergsport (außer reine Bergwanderungen auf gekennzeichneten Wanderwegen bis 4.000 Höhenmeter oder Klettern an künstlichen Kletterwänden), Flugsport (z.B. Drachen-, Gleitschirm-, Segelfliegen, Motorflug, Ultraleichtflug, Fallschirmspringen), Motorsport, Kampfsport, Vielseitigkeitsreiten.
11. Werden Sie voraussichtlich in den nächsten 12 Monaten für länger als 6 Monate in das außereuropäische Ausland reisen?  Nein  Ja  
Wenn Ja, wohin
12. Sind Sie **Nichtraucher**?  Ja, noch nie geraucht  Ja, seit mindestens 12 Monaten  
(Bitte beachten Sie ggf. die Nichtrauchererklärung)  Ja, seit mindestens 3 Jahren  Ja, seit mindestens 10 Monaten  
 Nein – Wie viele Zigaretten/Zigarren/Zigarillos/E-Zigaretten/Pfeifen rauchen Sie im Schnitt täglich?  
 Stück
13. Wie groß und wie schwer sind Sie? Größe / cm  Gewicht / kg

### Gentests

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

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

### SEPA-BASIS-LASTSCHRIFTMANDAT

Für diesen Vertrag wird das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren vereinbart. Zu diesem Zweck erteile ich/erteilen wir der Hannoverschen Lebensversicherung AG folgendes SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige/Wir ermächtigen Sie, Zahlungen von meinem/unserem unten angegebenen Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Hiermit weise ich mein/weisen wir unser unten genanntes Geldinstitut zugleich an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen 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 Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN

Bitte nur angeben, wenn der Beitragszahler/Kontoinhaber **nicht** Versicherungsnehmer ist:

Vorname

Nachname

Ort, Datum und Unterschrift des Beitragszahlers (wenn **nicht** Versicherungsnehmer)

(Nach dem Geldwäschegesetz muss in diesem Fall der Versicherungsnehmer gesondert identifiziert werden.)

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

### Geldwäschegesetz

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

Vorname

Nachname

Anschrift

Beziehung zu dieser Person

### Politisch exponierte Person

Ich bestätige, dass weder ich noch ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter oder Bezugsberechtigter ein wichtiges öffentliches Amt ausüben oder in den letzten 12 Monaten ausgeübt haben („politisch exponierte Person“). Weder ich noch ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter oder Bezugsberechtigter sind Familienmitglieder oder stehen in Geschäftsbeziehung zu einer solchen Person. „Wichtig“ sind Ämter im In- und Ausland mit Entscheidungsbefugnis auf oberster Staatsebene sowie in entsprechenden Organen wie Bundesbehörden, Botschaften, Bundesgerichten oder Leitungsfunktionen in Bundes-Unternehmen.

Nein, eine dieser Personen übt ein wichtiges öffentliches Amt aus.

Erläuterung

### IDENTIFIZIERUNG NACH DEM GELDWÄSCHEGESETZ

Der Versicherungsnehmer wurde gemäß den Vorschriften des Geldwäschegesetzes persönlich identifiziert. Hierfür wurde ein gültiger Personalausweis/Reisepass im Original vorgelegt. Eine gut lesbare Kopie der Vor- und Rückseite des vorgelegten Dokuments inkl. aller personenbezogenen Daten ist diesem Antrag zwingend beizufügen.

Ort, Datum

Unterschrift des Vermittlers/Außendienstmitarbeiters der VHV-Gruppe

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

Ich bestätige, dass ich in dem von mir in der Gesundheitserklärung angegebenen Zeitraum vor Antragstellung kein Nikotin aktiv durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen habe (dazu gehören auch E-Zigarette, E-Zigarre, E-Pfeife mit und ohne Nikotin, Kautabak, Schnupftabak und Wasserpfeife) und Nichtraucher bin. Die Änderung dieses Nichtraucherstatus stellt eine Gefahrerhöhung dar. Mir ist bewusst, dass die Hannoversche darauf vertraut, dass ich ohne ihre Einwilligung keine Gefahrerhöhung vornehme. Die Rechtsfolgen dieser Gefahrerhöhung (Herabsetzung der Versicherungssumme oder Beitragserhöhung) kann ich § 8 der Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung entnehmen. 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 und auf Anforderung eine medizinische Überprüfung des Nichtraucherstatus zu ermöglichen.

**Unterschriften am Ende nicht vergessen!**

# WICHTIGE ERKLÄRUNGEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS UND DER VERSICHERTEN PERSON

## ALLGEMEINE ERKLÄRUNGEN UND HINWEISE

Ich willige ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten von der Hannoversche Lebensversicherung AG unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden – bei Basisrenten-Verträgen und Riesterrenten-Verträgen zur Übermittlung der Beitragsdaten an die zentrale Stelle, – im Rahmen der Übersendung von Mitteilungen per E-Postbrief oder De-Mail, falls ich eines dieser Verfahren nutze.

### Widerrufsbelehrung

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

### Beitragszahlung an Vermittler

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

### Rechtsnachfolge bei privaten Versicherungen

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

## EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG VON GESUNDHEITSDATEN UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Hannoversche Lebensversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb unseres Unternehmens (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Hannoversche Lebensversicherung AG

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z.B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (1) oder später im Einzelfall (2) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. **Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:** 8

Bitte auswählen und ankreuzen!

#### Möglichkeit 1:

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Hannoversche Lebensversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Hannoversche Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Hannoversche Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

#### Möglichkeit 2:

Ich wünsche, dass mich die Hannoversche Lebensversicherung AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Hannoversche Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Hannoversche Lebensversicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

**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 Hannoversche Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu 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 die Hannoversche Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risiko- beurteilung 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 (siehe oben 2.1. – Möglichkeit 1).

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

Die Hannoversche Lebensversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

### 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Hannoversche Lebensversicherung AG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Hannoversche Lebensversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Hannoversche Lebensversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Hannoversche Lebensversicherung AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der VHV-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Hannoversche Lebensversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Hannoversche Lebensversicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Hannoversche Lebensversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Dienstleisterliste der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet [www.hannoversche.de/datenschutz](http://www.hannoversche.de/datenschutz) eingesehen oder bei der Hannoverschen Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover, Tel.: 0511/95650 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Hannoversche Lebensversicherung AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Hannoversche Lebensversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der VHV-Gruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Hannoversche Lebensversicherung AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Hannoversche Lebensversicherung AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Hannoversche Lebensversicherung AG das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Beitragszahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Hannoversche Lebensversicherung AG unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Hannoversche Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler bei Einschaltung eines Vermittlers

Die Hannoversche Lebensversicherung AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

### 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Hannoversche Lebensversicherung AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen.

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

### Die Datenschutz-Einwilligungserklärung und die Schweigepflichtentbindungserklärung sind mit den Datenschutzbehörden abgestimmt.

## UNTERSCHRIFTEN

### DATENSCHUTZ UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG <sup>9</sup>

Den Abschnitt „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ habe ich zur Kenntnis genommen und gebe die dortigen Erklärungen ab.

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer (auch Minderjährige ab 16)\*

Unterschrift versicherte Person (wenn nicht Versicherungsnehmer)\* (auch Minderjährige ab 16)

\*Bei Minderjährigen: Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

Unterschrift  
nicht vergessen!

### EMPFANGSBESTÄTIGUNG

Ich bestätige den Empfang des Informationsblatts zu Versicherungsprodukten, der Verbraucherinformation, der Beratungsdokumentation (oder die Dokumentation des Beratungsverzichtes einschl. Hinweis über die Folgen eines Beratungsverzichtes), der Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Leistungen, des Merkblatts zur Anzeigepflichtverletzung, der Hinweise zum Datenschutz, der Dienstleisterliste sowie der dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen.

Unterschrift Versicherungsnehmer  
(Bei Minderjährigen: Unterschrift der gesetzlichen Vertreter)

Unterschrift  
nicht vergessen!

### ANTRAG UND SEPA-MANDAT

Ich beantrage die oben beschriebene Versicherung und gebe die im Antragsformular enthaltenen Erklärungen ab. Die Gesundheitsfragen sind von der versicherten Person auf diesem Antragsformular beantwortet worden.

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer\*

Unterschrift versicherte Person (wenn nicht Versicherungsnehmer)\*

\*Bei Minderjährigen: Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

Unterschrift  
nicht vergessen!



# HINWEISE ZUM DATENSCHUTZ

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Hannoversche Lebensversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Ist der Vertrag nicht auf Ihr Leben abgeschlossen, richten sich die folgenden Informationen auch an die versicherte Person.

In der betrieblichen Altersversorgung richten sich die folgenden Informationen ausschließlich an die versicherte Person. Der Versicherungsnehmer wird gebeten, diese Informationen an die versicherte Person und ggf. an die benannte bezugsberechtigte Person weiterzugeben.

## Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Hannoversche Lebensversicherung AG  
VHV-Platz 1  
D-30177 Hannover  
Tel.: 0511/9565-0  
Fax: 0511/9565-666  
E-Mail: [service@hannoversche.de](mailto:service@hannoversche.de)

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der o.g. Adresse oder unter der Mail-Adresse: [datenschutz@hannoversche-leben.de](mailto:datenschutz@hannoversche-leben.de)

## Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten aufgrund der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen der EU-Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO), des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) 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.hannoversche.de](http://www.hannoversche.de) unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Versicherungs- und ggf. Darlehensantrag, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages. Wir verarbeiten diese personenbezogenen Daten, um das von uns zu übernehmende Risiko bestimmen und einschätzen zu können. Kommt der Versicherungs- bzw. Darlehensvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Rechnungsstellung. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir, um den Leistungsanspruch zu bearbeiten. **Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungs- und Darlehensvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer Daten nicht möglich.** Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten nutzen wir weiterhin für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise für die Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung 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 bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) 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.

Die genannten Zwecke und Rechtsgrundlagen erstrecken sich auch auf Testverfahren zur Entwicklung, Implementierung und Kontrolle der hierzu vorgesehenen/eingesetzten automatisierten Datenverarbeitungsverfahren.

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der VHV Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere von Datenanalysen zur Erkennung von Unstimmigkeiten, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht). 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 darüber zuvor informieren.

## Nutzung Ihrer E-Mail-Adresse

Wenn Sie uns im Rahmen der Bearbeitung eines Vorgangs Ihre E-Mail-Adresse zur Kenntnis bringen, speichern wir diese und nutzen sie ggf. für die weitere Kommunikation zu dem betreffenden Vertrag, sofern Sie dieser Nutzung nicht widersprechen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre E-Mailadresse, soweit Sie uns diese mitgeteilt haben, zur Werbung für eigene oder ähnliche Versicherungsprodukte verwenden. Sie können auch dieser Nutzung jederzeit formlos widersprechen ohne dass hierfür andere als die Übermittlungskosten nach den Basistarifen anfallen. Ihren Widerspruch können Sie an [service@hannoversche.de](mailto:service@hannoversche.de) richten.

## 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 hier [[www.genre.com](http://www.genre.com)] zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungs- und ggf. Darlehensverträge 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 unserer Gruppe bestehende 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.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungs- bzw. Darlehensvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, sowie der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie unserer Internetseite unter [www.hannoversche.de](http://www.hannoversche.de) unter der Rubrik Datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, z. B. an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten. Hierzu zählen u. a. die Zentralstelle für Finanztransaktionsuntersuchungen im Rahmen der Geldwäscheprävention oder die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Im Falle von Sanktionslisten-treffern erfolgen Meldungen an die Bundesbank. Im Rahmen von internationalen Steuerabkommen, bei freigestellten Einnahmen aus Kapitalvermögen sowie im Rahmen des Kirchensteuerabzugsverfahrens erfolgen Meldungen an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt). Im Rahmen des Außenwirtschaftsverkehrs erfolgen Meldungen an die Bundesbank. Der Versorgungsbezug von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung ist gegenüber gesetzlichen Krankenkassen meldepflichtig. Die steuerpflichtige Leistung aus einem Vertrag ist gegenüber der Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) meldepflichtig.

## Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, solange wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Dies ergibt sich regelmäßig durch rechtliche Nachweis- und Aufbewahrungspflichten, die unter anderem im Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung oder dem Geldwäschegesetz geregelt sind. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

## 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 ferner das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Ihren Werbewiderspruch richten Sie bitte an: [service@hannoversche.de](mailto:service@hannoversche.de)**

**Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen. Dieses Recht können Sie ebenfalls unter der o.g. Adresse geltend machen.**

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: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz in Niedersachsen, Prinzenstr. 5, 30159 Hannover anzusprechen.

#### **Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer**

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen. Dies erfolgt auf der Grundlage Ihrer Einwilligung.

#### **Bonitätsauskünfte**

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir mit Ihrer Einwilligung bei dem

Verband der Vereine Creditreform e.V.

Hellersbergstraße 12, 41460 Neuss

Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

#### **Datenübermittlung in ein Drittland**

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessener Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern finden Sie ggf. in unserer Dienstleisterliste. Sie können die Informationen auch unter den genannten Kontaktinformationen anfordern.

#### **Automatisierte Einzelfallentscheidungen (nur bei Antragstellung online)**

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe des von Ihnen zu zahlenden Beitrags.

Sie können in diesem Fall eine Überprüfung der Entscheidung durch unsere Mitarbeiter verlangen, die Entscheidung anfechten und Ihren eigenen Standpunkt darlegen.

Weitere Informationen hierzu können Sie unter [www.hannoversche.de](http://www.hannoversche.de) in der Rubrik Datenschutz entnehmen.

# DIENSTLEISTERLISTE

## Konzerngesellschaften innerhalb der VHV Gruppe, die an der gemeinsamen Stammdatenverwaltung teilnehmen:

VHV Vereinigte Hannoversche Versicherung a.G., VHV Holding AG, VHV Allgemeine Versicherung AG, Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV solutions GmbH, VHV Dienstleistungen GmbH, Hannoversche Direktvertriebs-GmbH, Hannoversche-Consult GmbH, Pensionskasse der VHV-Versicherungen, WAVE Management AG

## Stellen, bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand des Auftrags durch die Hannoversche Lebensversicherung AG ist

Stellen	Gegenstand / Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
VHV solutions GmbH	Angebotsbearbeitung/Vertragsverwaltung, Leistungsbearbeitung, IT-Dienstleistungen	ja
VHV Holding AG	Vertrieb, Controlling, Revision	teilweise ja
VHV Vereinigte Hannoversche Versicherung a.G.	Inkasso/Mahnwesen, Compliance, Konzernrecht, Personal, Datenschutz u. Informationssicherheit	teilweise ja
HANNO-CONSULT Beratungs- und Vermittlungs-GmbH	Pensionsgutachten	ja
Hannoversche Direktvertriebs-GmbH	Telefonischer Kundenservice	ja
Majorel Wilhelmshaven GmbH	Posteingangs- und Datenerfassung, Angebotserstellung und Antragserfassung in der Lebensversicherung	ja
ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH	Durchführung von Kundenzufriedenheitsumfragen	nein
Canon Deutschland Business Services GmbH	Druck von Dokumenten	ja
Creditreform Hannover-Celle Bissel KG	Bonitätsauskünfte <a href="http://www.creditreform-hannover.de/eu-dsgvo">www.creditreform-hannover.de/eu-dsgvo</a>	nein
DATEN PARTNER Gesellschaft für Direktmarketing und Informations-Technologie mbH	Druck von Dokumenten	ja
Deutsche Post E-Post Solutions GmbH	Digitalisierung und Klassifizierung von physischer Eingangspost	ja
E+S Rückversicherung AG	Rückversicherungsleistungen, <a href="https://www.es-rueck.de/datenschutz-es">https://www.es-rueck.de/datenschutz-es</a>	ja
GEMINI DIRECT marketing solutions GmbH	Adresslieferant (Neukundenakquise)	nein
General Reinsurance AG	Rückversicherungsleistungen <a href="http://de.genre.com/http://de.genre.com/privacypolicy">http://de.genre.com/http://de.genre.com/privacypolicy</a>	ja
infoscore Consumer Data GmbH	Adressabgleiche <a href="https://finance.arvato.com/icdinfoblatt">https://finance.arvato.com/icdinfoblatt</a>	nein
Neoskop GmbH	Programmierung und Wartung der Homepage	teilweise ja
Qidenus Group GmbH	Maschinelles Auslesen von Dokumenten	ja
Rhenus Mailroom Services GmbH	Bearbeitung von Briefrückläufern	ja
Rhenus Office Systems GmbH	Einlagerung und Anlieferung von archivierten Akten	ja
documentus Deutschland GmbH	Vernichtung von Akten	ja
Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG	Adressabgleiche, Verstorbenen Information	nein
Schufa Holding AG	Adressabgleiche, Bonitätsauskünfte	nein
SCOR Global Life Deutschland	Rückversicherungsleistungen <a href="https://www.scor.com">https://www.scor.com</a>	ja
Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland	Rückversicherungsleistungen <a href="http://www.swissre.com/privacy_policy.html">http://www.swissre.com/privacy_policy.html</a>	ja
SysEleven GmbH	Hosting	ja
T.D.M. Telefon-Direkt-Marketing GmbH	In- und Outboundtelefonie, Angebotserstellung	ja

## Kategorien von Stellen, bei denen die Datenverarbeitung nicht der Hauptgegenstand des Auftrags durch die Hannoversche Lebensversicherung AG ist oder die nur gelegentlich tätig werden

Kategorien von Stellen	Aufgaben	Gesundheitsdaten
Gutachter und Sachverständige (insbesondere Ärzte)	Erstellung von Gutachten bei Leistungsfällen, Unterstützung bei der Leistungsbearbeitung und Risikoprüfung	ja
IT-Dienstleister	Support-, Wartungs-, Programmierungsdienstleistungen	teilweise ja
Rechtsanwälte	Juristische Beratung	teilweise ja
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
Marketingagenturen	Marketingaktionen	nein
Lettershops	Be- und Verarbeitung von Druckstücken zu Werbezwecken	nein
Banken	Finanzdienstleistungen	nein



## WICHTIGE HINWEISE ÖSTERREICH

Abweichend von unseren sonstigen Bedingungen und Informationen gilt für Versicherungsnehmer mit Wohnsitz in Österreich:

### Anwendbares Recht

Abweichend von den Bedingungen und Informationen findet auf Ihren Vertrag das Recht der Republik Österreich Anwendung. Bitte beachten Sie, dass wir als deutscher Versicherer den deutschen aufsichtsrechtlichen Bestimmungen unterliegen und daher auch einige Regelungen des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes Anwendung finden (z. B. zur Überschussbeteiligung).

### Gerichtsstand

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können gegen uns bei

- dem für unseren Sitz in Hannover,
- dem für den Versicherungsagenten oder
- dem für Ihren Wohnsitz in Österreich

örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden.

Falls Ihr Vertrag durch einen Versicherungsagenten vermittelt wurde, können Sie Ansprüche gegen uns auch vor dem Gericht geltend machen, an welchem der Versicherungsagent zum Zeitpunkt der Versicherungsvermittlung seine gewerbliche Niederlassung (oder wenn er eine solche nicht hatte, seinen Wohnsitz) hatte.

Falls Sie Ihren Wohn- bzw. Geschäftssitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

Für Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag, die wir gegen Sie gerichtlich durchsetzen wollen, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohn- bzw. Geschäftssitz haben.

### Sicherungssystem

Die Hannoversche Lebensversicherung AG ist Mitglied im gesetzlichen Sicherungsfonds nach deutschem Recht. Der Sicherungsfonds wird verwaltet von der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, D-10117 Berlin ([www.protektor-ag.de](http://www.protektor-ag.de))

### Unternehmens-Informationen

Unsere Geschäftsberichte sowie die Berichte über Solvabilität und Finanzlage können Sie auf unserer Website [www.hannoversche.de](http://www.hannoversche.de) einsehen.

### Verzicht auf die Anwendung von § 41 VersVG

Falls bei Vertragsabschluss gefahrerhebliche Umstände wegen Unkenntnis oder unverschuldet nicht angezeigt werden, so sind wir nach § 41 VersVG berechtigt, auf Grund des erhöhten Risikos die Beiträge zu erhöhen oder die Versicherung zu kündigen. Auf dieses Recht verzichten wir hiermit.

## **Rücktrittsrechte des Versicherungsnehmers**

**Bitte beachten Sie, dass das Widerrufsrecht gemäß § 8 des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) keine Anwendung findet.**

### **1. § 5 c Versicherungsvertragsgesetz**

Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.

Die Frist für die Ausübung des Rücktrittsrechts beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages, jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein (Polizze) und die Versicherungsbedingungen, die Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung sowie die Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.

Der Rücktritt ist in geschriebener Form gegenüber dem Versicherer zu erklären (zur Anschrift siehe Punkt 3). § 45 Abs. 1 Z 2 VersVG bleibt unberührt. Die Erklärung ist auch wirksam, wenn sie in den Machtbereich ihres Versicherungsvertreters gelangt.

Die Rücktrittsfrist ist gewahrt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb der Frist abgesendet wird.

Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht.

Für den Fall, dass wir Ihnen vorläufige Deckung gewährt haben, gebührt uns dafür für die der Dauer der Deckung entsprechende Prämie.

### **2. § 8 Fern-Finanzdienstleistungsgesetz (gilt nur, sofern der Versicherungsnehmer Verbraucher ist)**

Wurde der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (d. h. z. B. über Internet, E-Mail) abgeschlossen, können Sie innerhalb von 30 Tagen zurücktreten. Die Frist beginnt ab der Information über den Vertragsabschluss und den Erhalt der Vertragsunterlagen. Die Rücktrittsfrist ist gewahrt, wenn der Rücktritt schriftlich oder auf einem dauerhaften Datenträger erklärt und vor Ablauf der Frist abgesendet wird. Erhält der Verbraucher die Versicherungsbedingungen erst nach Vertragsabschluss, so beginnt die Rücktrittsfrist mit dem Erhalt aller dieser Bedingungen und Informationen.

### **3. Adressat der Rücktrittserklärung**

Der Rücktritt ist (in der jeweils angegebenen Form) zu erklären gegenüber der  
Hannoversche Lebensversicherung AG  
VHV-Platz 1, D-30177 Hannover  
Fax: 0049.511.9565-666  
E-Mail-Adresse: [service@hannoversche.de](mailto:service@hannoversche.de)

### **4. Folgen des Rücktritts**

Durch den wirksamen Rücktritt vom Versicherungsvertrag wird das Vertragsverhältnis aufgelöst, d. h., es endet der Versicherungsschutz. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm die der Dauer der Deckung entsprechende Prämie.

Ende der Belehrung über die Rücktrittsrechte.

## **Sondervereinbarung Fristenverzicht zur Absicherung von Bankkrediten**

Soweit vereinbart, gilt abweichend von den Versicherungsbedingungen folgende leistungserweiternde Sondervereinbarung ab Versicherungsbeginn:

Die Hannoversche Lebensversicherung AG leistet im Versicherungsfall durch Selbsttötung schon vor Ablauf von drei Jahren nach Abschluss des Versicherungsvertrages und verzichtet auf die Ausübung der Rechte bei Verletzung von vorvertraglichen Anzeigepflichten, sofern keine arglistige Täuschung vorliegt, wenn der Hannoverschen Lebensversicherung AG die zu Gunsten der kreditgebenden Bank erfolgte/zu erfolgende Sicherungsabtretung durch Vorlage einer Abtretungsanzeige in geschriebener Form mit dem Versicherungsantrag angezeigt wird. Für die Leistungserweiterung ist ein zusätzlicher Tarifbeitrag in Höhe von 1,12 % der anfänglichen Versicherungssumme pro Jahr (Unanfechtbarkeitsgebühr) zu zahlen, jedoch nur jeweils in den ersten drei Versicherungsjahren ab Versicherungsbeginn.

Die Vereinbarung des Fristenverzichts ist grundsätzlich bis zu einer Versicherungssumme in Höhe von 400.000,00 EUR möglich. Ab einer Versicherungssumme über 200.000,00 EUR ist eine ärztliche Untersuchung auf Ihre Kosten erforderlich. Der Einschluss einer Dynamik (Tarif-Option D) ist nicht möglich. Der Fristenverzicht bezieht sich auf die Restforderung der Bank oder Sparkasse zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles.

## **Vereinbarung der Art der Kommunikation**

Im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungsverträgen ist die Übermittlung von vertragsrelevanten Inhalten auf verschiedene Art möglich, sofern eine diesbezügliche Vereinbarung getroffen wird. Wir verweisen diesbezüglich auf das Formular „Vereinbarung der elektronischen und sonstigen Kommunikation“.

## **Sonstige Anpassungen in den Bedingungen und Informationen**

### **Die Bedingungen und Informationen Risikoversicherung werden im Übrigen wie folgt geändert:**

- „Textform“ wird durch „geschriebene Form“ ersetzt
- „Bundesrepublik Deutschland“ wird durch „Republik Österreich“ ersetzt.
- „Erbschein“ wird durch „Einantwortungsurkunde“ ersetzt.
- „Notarieller Kaufvertrag“ wird durch „beglaubigter Kaufvertrag“ ersetzt.
- „Lebenspartnerschaft“ wird durch „eingetragene Partnerschaft“ ersetzt.

**Das „Merkblatt zur Anzeigepflichtverletzung“ wird durch das auf den folgenden Seiten angeführte Merkblatt (MITTEILUNG ÜBER DIE FOLGEN EINER VERLETZUNG DER VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHT) ersetzt.**



### **Die Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung werden wie folgt geändert:**

1. Die Regelungen der §§ 6 und 7 über die vorvertragliche Anzeigepflicht werden durch das auf den folgenden Seiten angeführte Merkblatt zur Anzeigepflicht (MITTEILUNG ÜBER DIE FOLGEN EINER VERLETZUNG DER VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHT) ersetzt.
2. § 8 Absatz (3) wird durch folgenden Text ergänzt:  
„Eine Gefahrerhöhung können wir nicht mehr geltend machen, wenn seit der Erhöhung drei Jahre verstrichen sind. Wir bleiben jedoch zur Geltendmachung befugt, wenn die Pflicht, unsere Einwilligung einzuholen oder Anzeige zu machen, arglistig verletzt worden ist.“
3. In § 9 Absatz (3) wird im letzten Satz das Wort „deutsche“ durch „österreichische“ ersetzt.
4. In § 10 Absatz (2) erster Satz wird das Wort „unverzüglich“ durch „binnen 14 Tagen“ ersetzt.
5. § 14 Absatz (4) wird durch folgende Formulierung ersetzt:  
„Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren (§ 12 VersVG). Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.  
  
Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.  
  
Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.“
6. Die in § 20 „Wie werden Sie an den von uns erwirtschafteten Überschüssen beteiligt“ enthaltenen Verweise auf das Versicherungsvertragsgesetz (VVG), das Handelsgesetzbuch (HGB) und das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich auf die jeweiligen deutschen Bestimmungen.
7. In § 23 wird das Wort „deutsche“ durch „österreichische“ ersetzt.
8. § 24 „Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen“ entfällt.

### **Die Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz werden wie folgt geändert:**

1. § 3 Abs (2) lit b) lautet wie folgt:  
„Sie von einem Rücktrittsrecht Gebrauch gemacht haben“.
2. § 3 Abs (2) lit c) lautet wie folgt:  
„Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs 1 und 2 VersVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag Gebrauch gemacht haben“.

**Das Merkblatt „Steuern und Informationen Steuerinformation Risikoversicherung“ wird durch das Merkblatt „Steuern und Lebensversicherung/Österreich“ ersetzt.**

# MITTEILUNG ÜBER DIE FOLGEN EINER VERLETZUNG DER VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHT

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie vor Abschluss oder Änderung des Vertrages alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie keine oder nur geringe Bedeutung beimessen.

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

## Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

Ist das Leben einer anderen Person versichert worden, so wird Ihnen das Wissen dieser Person wie eigenes zugerechnet.

Ein Wechsel oder die Aufgabe des Berufs während der Laufzeit des Versicherungsvertrages muss uns nicht angezeigt werden.

## 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 die Anzeigepflicht ohne Verschulden verletzt haben oder wir Kenntnis vom nicht angezeigten oder unrichtig angezeigten Umstand hatten.

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, unrichtig oder unvollständig 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 des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

### 2. Kündigung

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Sie die Anzeigepflicht nicht schuldhaft verletzt haben und würden wir die durch den nicht oder unrichtig angezeigten Umstand vorliegende höhere Gefahr auch nicht gegen eine höhere Prämie versichern, können wir den Vertrag kündigen.

### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten, weil Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben und hätten wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu einer höheren Prämie, geschlossen, können wir vom Beginn der laufenden Versicherungsperiode an die höhere Prämie unter Rücksicht auf die höhere Gefahr verlangen.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10%, 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, Fristen**

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 drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

#### **5. Anfechtung**

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt durch die obigen Bestimmungen unberührt.

#### **6. Wiederherstellung des Vertrages**

Die Bestimmungen über die Anzeigepflichtverletzung gelten entsprechend, wenn der Vertrag wiederhergestellt oder der Versicherungsschutz nachträglich erhöht werden soll. Die Fristen nach Punkt 4 beginnen mit der Wiederherstellung des Vertrages oder der Erhöhung des Versicherungsschutzes bezüglich des wiederhergestellten oder erhöhten Teiles neu.

#### **7. Erklärungsempfänger**

Die Ausübung unsere Rechte erfolgt durch schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern uns keine andere Person als Bevollmächtigter bekannt gegeben wurde, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärungen entgegenzunehmen, es sei denn, dass Sie uns eine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden und haben Sie keine andere Person als Bevollmächtigten genannt, gilt der Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärungen als bevollmächtigt.

## Vereinbarung der elektronischen und sonstigen Kommunikation

Im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungsverträgen ist die Übermittlung von vertragsrelevanten Inhalten auf elektronischem Wege in der nachfolgend näher bestimmten Weise möglich. Von der Möglichkeit zur elektronischen Übermittlung sind Erklärungen und andere Informationen ausgenommen, welche auf Grund gesetzlicher Vorschrift oder vertraglicher Vereinbarung der Schriftform (mit Unterschrift) bedürfen.

### 1. Schriftform:

Folgende Erklärungen und Mitteilungen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmern bzw. Versicherten oder sonstigen Dritten sind nur in Schriftform wirksam:

- Kündigungen und Rücktrittserklärungen,
- Anträge auf Beitragsfreistellung und Rückkauf von Lebensversicherungen,
- Anzeigen des Wegfalls des versicherten Interesses,
- Anträge auf Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen (z. B. Bezugsrechtsänderung)

Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss

### 2. Geschriebene Form:

Für alle anderen Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers bzw. Versicherten oder sonstiger Dritter im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und zugehen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z. B. Telefax oder E-Mail), entsprochen.

Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder sonstiger Dritter sind nicht wirksam.

Ich verfüge über einen regelmäßigen Zugang zum Internet. Erklärungen und andere Informationen bzw. Benachrichtigungen der Hannoversche Lebensversicherung AG sind an folgende E-Mail-Adresse zu übermitteln:

Angabe der Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Erklärungen und andere Informationen durch mich, den Versicherten oder Dritten sind an die Hannoversche Lebensversicherung AG zu übermitteln an die E-Mail-Adresse (service@hannoversche.de).

Jede Vertragspartei ist verpflichtet, der anderen Partei Änderungen zur elektronischen Adresse der Zugänge bekannt zu geben.

Ungeachtet der vereinbarten elektronischen Kommunikation hat der Versicherungsnehmer das Recht, jederzeit – jedoch jeweils nur einmalig kostenfrei – elektronisch erhaltene Erklärungen und andere Informationen auf Papier oder in einer anderen vom Versicherer allgemein zur Auswahl gestellten Art ausgefolgt zu erhalten.

**Die Vereinbarung über die elektronische Kommunikation kann von jeder Vertragspartei jederzeit widerrufen werden.**

Mit dieser Vereinbarung bin ich ausdrücklich

- einverstanden  
 nicht einverstanden

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

---

## Fristenverzicht zur Absicherung von Bankkrediten

- Ich benötige die Versicherung zur Absicherung eines Bankkredits und beantrage den Fristenverzicht.  
Die Abtretungsanzeige habe ich beigefügt.

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Wichtig:** Bitte reichen Sie bei Antragstellung diese Seite einschließlich der Unterschriften am Ende sowie die Abtretungsanzeige mit ein!