



Selbstauskunft		Berufliche Aktivitäten – B 2		Stand 03.2024	
ADNR		PNR/VSNR		Abt. B - Risikoprüfung	
Versicherte Person			Geburtsdatum		
Anschrift					
Berufliche Tätigkeit					
<p>Bitte beantworten Sie alle Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann die HanseMerkur Lebensversicherung AG zu einem Rücktritt oder zu einer Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsänderung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) auf der Seite 4 von 4 über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht.</p>					

1. Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Studium mit Abschluss: _____ <input type="checkbox"/> Kaufmännische Ausbildung/Lehre zum/zur: _____ <input type="checkbox"/> Handwerkliche/technische Ausbildung zum/zur: _____ <input type="checkbox"/> Landwirtschaftliche Ausbildung zum/zur: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige Ausbildung zum/zur: _____ <input type="checkbox"/> Keine Ausbildung
2. Bitte machen Sie genaue Angaben zu Ihrem bisherigen <u>beruflichen</u> Werdegang/Lebenslauf (mit zeitlichen Angaben (letzten 10 Jahre) und Tätigkeitswechsel innerhalb der Firma).	_____ _____ _____ _____
3. In welcher Branche sind Sie tätig?	_____
4. Wie lautet die Berufsbezeichnung im Arbeitsvertrag?	_____
5. Besteht für die Firma eine Internetpräsenz? Bitte geben Sie den Namen an.	_____
6. Welchen beruflichen Status haben Sie?	<input type="checkbox"/> Festangestellt <input type="checkbox"/> Auf Zeit angestellt von – bis: _____ <input type="checkbox"/> Arbeiter/Arbeiterin <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin <input type="checkbox"/> Freiberuflich/selbstständig seit: _____ <input type="checkbox"/> Sind Sie Führungskraft? Anzahl der Vollzeitmitarbeiter in Ihrer Personalverantwortung: _____
7. Müssen Sie für Ihre Berufsausübung spezielle Tauglichkeitsanforderungen erfüllen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Welche? _____

<p>8. Unterliegen Sie in Ihrer Berufsausübung speziellen Sicherheitsvorschriften?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Welchen? _____</p>
<p>9. Ist Ihre Berufstätigkeit mit Auslandsaufenthalten verbunden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Bitte Angaben zu Land, Ort, Dauer, Häufigkeit: _____ _____ (Bitte beachten Sie, bei Auslandsaufenthalten ins außereuropäische Ausland ist zusätzlich der Fragebogen Auslandsaufenthalte erforderlich.)</p>
<p>10. Welche Tätigkeiten führen Sie bei Ihrer Berufsausübung im Einzelnen aus?</p>	<p>_____ _____</p>
<p>11. Bitte machen Sie Angaben zum %-Anteil</p>	<p><input type="checkbox"/> Bürotätigkeit _____ % <input type="checkbox"/> Aufsichtsführende Tätigkeit _____ % <input type="checkbox"/> Körperliche/manuelle Tätigkeit _____ % <input type="checkbox"/> Künstlerische Tätigkeit _____ % <input type="checkbox"/> Reisetätigkeit _____ % <input type="checkbox"/> Sonstige Tätigkeit – Welche? _____ %</p>
<p>12. Welche der folgenden Belastungen bzw. gesundheitlichen Anforderungen treffen bei Ihrer beruflichen Tätigkeit überdurchschnittlich häufig zu?</p>	<p>Arbeitsort:</p> <p><input type="checkbox"/> Unfallgefahr (z.B. Arbeiten in Höhen über 4 Metern) <input type="checkbox"/> Witterungs- und Temperatureinflüsse <input type="checkbox"/> Kontakte mit Stäuben, Gasen oder Chemikalien <input type="checkbox"/> Umgang mit explosiven/entzündlichen Stoffen/Sprengstoff <input type="checkbox"/> Umgang mit radioaktiven Stoffen <input type="checkbox"/> Publikumsverkehr <input type="checkbox"/> Erschütterung, Vibrationen <input type="checkbox"/> Führen von gewerblichen Verkehrsmitteln/Maschinen</p> <p>Sinnesorgane:</p> <p><input type="checkbox"/> Sehvermögen <input type="checkbox"/> Hörvermögen <input type="checkbox"/> Stimme <input type="checkbox"/> Lärm <input type="checkbox"/> ständige Konzentration <input type="checkbox"/> psychische Beanspruchung <input type="checkbox"/> Riechvermögen <input type="checkbox"/> Tastvermögen <input type="checkbox"/> Geschmacksvermögen</p> <p>Körperliche Belastung:</p> <p><input type="checkbox"/> Schwere körperliche Arbeiten <input type="checkbox"/> Arbeiten in Zwangshaltung (z.B. Knien, Überkopparbeiten) <input type="checkbox"/> Hand und Fingerfertigkeiten</p> <p>Arbeitszeit:</p> <p><input type="checkbox"/> Akkordarbeit <input type="checkbox"/> Schichtdienst <input type="checkbox"/> Unregelmäßige Arbeitszeiten</p>

<p>13. Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja – Aus welchem Grund? _____</p> <p>_____</p>
<p>14. Ist in absehbarer Zeit ein Berufswechsel vorgesehen oder angeraten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja – Aus welchem Grund? _____</p> <p>_____</p>
<p>15. Haben Sie derzeit Anspruch auf andere Versicherungsleistungen für den Fall der Invalidität/ Berufsunfähigkeit (ohne die jetzt beantragte BU)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Sozialversicherung EUR/Jahr _____</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Beamtenversorgung EUR/Jahr _____</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Betriebliche Altersversorgung EUR/Jahr _____</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Berufsständische Versorgung EUR/Jahr _____</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Private Versicherungen EUR/Jahr _____</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Andere Quellen EUR/Jahr _____</p>
<p>16. Sofern die Frage 15. mit „ja“ beantwortet wurde: Bleibt der Vertrag aktiv?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein – wird/ist gekündigt zum _____</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p>
<p>Ort, Datum</p>	<p>Unterschrift der zu versichernden Person Unterschrift des Antragstellers</p>

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



Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Fragen im Versicherungsantrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der HanseMerkur Lebensversicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1 in 20354 Hamburg schriftlich nachzuholen.

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

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

2. Kündigung

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

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

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, verzichten wir auf unser Recht der Vertragsänderung.

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

4. Ausübung unserer Rechte

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

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

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

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Bitte senden an

HanseMerkur Lebensversicherung AG
Abt. B – Risikoprüfung
Postfach
20352 Hamburg