

<b>Selbstauskunft Tumor – Z 26</b>			<b>Stand 03.2024</b>	
ADNR		PNR/VSNR	<b>Abt. B - Risikoprüfung</b>	
Versicherte Person			Geburtsdatum	
Anschrift				
<b>Berufliche Tätigkeit</b>				
<p><b>Bitte beantworten Sie alle Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig.</b>  <b>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.</b></p>				

1. Wie lautet die genaue Bezeichnung Ihrer Erkrankung? (z. B. Fettgeschwulst, Lipom etc.)	_____
2. An welchem Körperteil/ in welchem Organ befindet/ befand sich der Tumor?	_____
3. Welche Beschwerden/Symptome bestehen/bestanden in Bezug auf die Erkrankung?	_____
4. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?	_____ (Monat/Jahr)
5. Ist die operative Tumorentfernung erfolgt? Wenn ja, wann?  - Konnte der Tumor vollständig entfernt werden?  - Kam es zu erneutem Auftreten des Tumors?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6. Sind Sie zu Kontrolluntersuchungen gegangen? Wenn ja, wann zuletzt? Ergebnis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____  _____
7. Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei? Wenn nein, welche Folgen/ Beschwerden bestehen noch?	<input type="checkbox"/> ja, seit: _____  <input type="checkbox"/> nein, Folgen/Beschwerden _____  _____

<p>8. Falls keine Operation erfolgte:  - wie wurde die Art der Geschwulst exakt festgestellt (z.B. Probeexcision, Punktion)?</p> <p>- wird regelmäßig auf Größenzunahme kontrolliert? (wenn ja, wann zuletzt?)</p> <p>- konnte Größenzunahme ausgeschlossen werden?</p>	<p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>		
<p>9. Nehmen oder nahmen Sie Medikamente?  (Wenn ja, welche? Dosierung?)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, Präparatname: _____</p>		
<p>10. Von wem (Arzt/Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt? Wann?</p>	<p>Name / Anschrift</p>	<p>Zeitpunkt / Zeitraum</p>	<p>Untersuchungen / Behandlungen</p>
<p>11. Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen oder anderen Strahlen behandelt (= bestrahlt) worden? Wann? Durch wen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja Datum: _____</p> <p>Arzt: _____</p> <p>Welche Behandlung? _____</p>		
<p>12. Wurde eine chemotherapeutische Behandlung, Interferon-, Hormontherapie o.Ä. durchgeführt? Wann? Durch wen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja Datum: _____</p> <p>Arzt: _____</p> <p>Welche Behandlung? _____</p>		
<p>13. Wurde oder wird eine sonstige Nachsorgebehandlung durchgeführt? Wann? Durch wen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja Datum: _____</p> <p>Arzt: _____</p> <p>Welche Behandlung? _____</p>		

<p>14. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja _____ % GdB/MdE</p>
<p>15. Konnte bei dem Tumor <b>Bösartigkeit</b> mit Sicherheit ausgeschlossen werden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> unbekannt</p>
<p>16. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden/Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Dauer?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, einmal von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> ja, mehrmals</p>
<p>17. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein, Einschränkungen: _____</p> <p>_____</p>
<p>18. Zusätzliche Angaben:</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person	Unterschrift des Antragstellers

# 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