



| | | | | | |
|---|--|------------------------------|--------------|-------------------------------|--|
| Selbstauskunft | | Hauterkrankung – Z 13 | | Stand 03.2024 | |
| ADNR | | PNR/VSNR | | Abt. B - Risikoprüfung | |
| Versicherte Person | | | Geburtsdatum | | |
| Anschrift | | | | | |
| Berufliche Tätigkeit | | | | | |
| Bitte beantworten Sie alle Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann die HanseMercur 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. Wie lautet die ärztliche / medizinische Bezeichnung Ihrer Erkrankung?</p> | <p><input type="checkbox"/> Neurodermitis, atopische Dermatitis, endogenes Ekzem</p> <p><input type="checkbox"/> allergisches Ekzem</p> <p><input type="checkbox"/> Kontaktekzem</p> <p><input type="checkbox"/> Psoriasis / Schuppenflechte</p> <p><input type="checkbox"/> Psoriasis Arthritis</p> <p><input type="checkbox"/> Urtikaria / Nesselsucht</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> |
| <p>2. Welche Beschwerden / Symptome bestehen oder bestanden in Bezug auf die Erkrankung? (z.B.: Rötung, Juckreiz, Schuppung, Ausschlag, ...). Bitte auch Begleitsymptome, wie Gelenkschmerzen, Atemwegsprobleme etc. angeben!</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>3. Welche Körperstellen sind / waren betroffen?</p> | <p><input type="checkbox"/> Gesamter Körper</p> <p><input type="checkbox"/> Gesicht</p> <p><input type="checkbox"/> Hände</p> <p><input type="checkbox"/> Kopfhaut</p> <p><input type="checkbox"/> Ellenbogen / Ellenbeuge</p> <p><input type="checkbox"/> Knie / Kniekehle</p> <p><input type="checkbox"/> Fußsohle</p> <p><input type="checkbox"/> Gelenke : Welche? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Finger- / Fußnägel</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige: _____</p> |

| | |
|--|--|
| 4. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? | <hr/> |
| 5. Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei? | <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden? | <input type="checkbox"/> Im Gesicht oder an den Händen <input type="checkbox"/> Einmalig <input type="checkbox"/> Am ganzen Körper <input type="checkbox"/> Schubweise <input type="checkbox"/> An einzelnen Körperteilen – Wo? _____ <input type="checkbox"/> Ganzjährig <hr/> |
| 7. Welche Ursachen sind Ihnen für diese Erkrankung bzw. Beschwerden bekannt? | <input type="checkbox"/> Ursache nicht bekannt <input type="checkbox"/> Pilzerkrankung <input type="checkbox"/> Infektion durch Bakterien/Viren <input type="checkbox"/> Gutartige Geschwulsterkrankung <input type="checkbox"/> Bösartige Geschwulsterkrankung <input type="checkbox"/> Störung des Immunsystems <input type="checkbox"/> Angeborene/familiär bedingte Erkrankung <input type="checkbox"/> Allergische Ursache <input type="checkbox"/> Sonstige Ursache – Welche? _____ <hr/> |
| 8. Wie werden oder wurden Ihre Erkrankung bzw. Beschwerden behandelt? | <input type="checkbox"/> Keine Behandlung <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> Desensibilisierung <input type="checkbox"/> Operation – Wann? _____ <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung – Welche? _____ <input type="checkbox"/> Salben, Umschläge – Präparatname: _____ <input type="checkbox"/> Kuraufenthalt(e) - Wann, wo? _____ <input type="checkbox"/> Antiallergikum – Präparatname: _____ <input type="checkbox"/> Medikament(e) – Präparatname: _____ |

| | | | |
|--|--|---|-------------------------------------|
| <p>9. 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>10. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Wann? Dauer?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, einmal von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> ja, mehrmals</p> | | |
| <p>11. Wurde bei Ihnen eine Allergietestung Vorgenommen?</p> <p>Wenn ja, wurde eine Allergie festgestellt?</p> <p>Wenn ja, auf welche Stoffe reagieren Sie allergisch?</p> | <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Insektengift _____ <input type="checkbox"/> Arzneimittel _____ <input type="checkbox"/> Gräser / Pollen _____ <input type="checkbox"/> Hausstaub / Hausstaubmilbe <input type="checkbox"/> Sonstige Stoffe (z.B.: Metalle, Chemikalien, ...): _____</p> | | |
| <p>12. Wurde ihnen in Verbindung mit der Erkrankung bzw. Ihren Beschwerden ein Berufs- oder Tätigkeitswechsel angeraten?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja- Angeraten Berufs-/ Tätigkeitsbereich: _____</p> | | |
| <p>13. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? (Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen?)</p> | <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein, Einschränkungen: _____</p> | | |
| <p>14. Gibt es Auslöser / Allergene, die Sie aus beruflichen oder sonstigen Gründen nicht meiden können? Wenn ja, welche?</p> | <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Einschränkungen: _____</p> | | |
| <p>15. Zusätzliche Angaben</p> | <p>_____ _____</p> | | |
| <p>Ort, Datum</p> | <p>Unterschrift der zu versichernden Person</p> | <p>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