



Selbstauskunft		Atmungsorgane - Z 5		Stand 06.2026	
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 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>					
Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 10 Jahre.					
1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung?		<hr/> <hr/>			
2. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch? (z. B. asthmatische Anfälle, Husten, Atemnot, Schmerzen, Auswurf, häufige Infekte mit Fieber usw.)		<hr/> <hr/> <hr/>			
3. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden		<input type="checkbox"/> Einmalig Von: _____ Bis: _____ <input type="checkbox"/> Wiederholt Seit wann? _____ Wann zuletzt? _____ <input type="checkbox"/> Dauernd Seit wann? _____			
4. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der genannten Erkrankung(en)?		<input type="checkbox"/> Nein, keine Folgen/Beschwerden mehr seit: <hr/> <input type="checkbox"/> Ja - Art der Folgen/Beschwerden: <hr/>			
5. Wie werden bzw. wurden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden behandelt?		<input type="checkbox"/> Keine Behandlung <input type="checkbox"/> Medikamente Von: _____ Bis: _____ <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ <input type="checkbox"/> bei Bedarf mit: _____ <input type="checkbox"/> Regelmäßig/ <input type="checkbox"/> bei Bedarf mit: _____ <input type="checkbox"/> Operation durchgeführt Wann? _____ Welche? _____ Name/ Anschrift des behandelnden Arztes: <hr/> <input type="checkbox"/> Operation angeraten Wann? _____ Welche? _____ Name/ Anschrift des behandelnden Arztes: <hr/>			

	<input type="checkbox"/> Sonstige Behandlung Welche? _____		
6. Liegt der/n Erkrankung(en) oder Beschwerden eine allergische Ursache zugrunde?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja- Bitte nähere Angaben _____		
7. Fand dagegen eine Desensibilisierung statt? Wenn ja, mit Erfolg?	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
8. Sind Sie beruflich Allergenen oder Schadstoffen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Welchen? _____		
9. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. Grad der Behinderung? Oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ % GdB/MdE		
10. Sind Sie Raucher oder konsumieren Sie Nikotin ? Z. B. Rauchen von Zigaretten, Zigarren, Pfeifen und /oder sonstigem Tabak oder Inhalieren unter Verwendung elektronischer Verdampfer wie E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen? Sind Sie seit mind. 24 Monaten Nichtraucher ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, kurze Beschreibung: _____ _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
11. Wurde eine Lungenfunktionsprüfung Vorgenommen? Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Wann, Ergebnis lt. behandelndem Arzt? Falls bekannt, teilen Sie uns bitte auch die Messwerte mit: (bitte zutreffende Benennung ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: _____ <u>Ergebnis:</u> eingeschränkte Funktion: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Vitalkapazität (VK): _____ (Liter oder %) Ein-Sekunden-Wert (FEV 1): _____ (Liter oder %) Sonstige: _____		
12. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt? Wann?	Name/Anschrift	Zeitpunkt/Zeitraum	Untersuchungen/ Behandlungen

<p>13. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Wann? 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>14. 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