



|   |  |                                       |              |                               |  |
|---|--|---------------------------------------|--------------|-------------------------------|--|
| <b>Selbstauskunft</b>   |  | <b>Allergische Erkrankungen - Z 2</b> |              | <b>Stand 03.2024</b>          |  |
| ADNR  |  | PNR/VSNR                              |              | <b>Abt. B – Risikoprüfung</b> |  |
| Versicherte Person  |  |                                       | Geburtsdatum |                               |  |
| Anschrift   |  |                                       |              |                               |  |
| <b>Berufliche Tätigkeit</b>   |  |                                       |              |                               |  |
| Bitte beantworten Sie alle Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig.<br>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. |  |                                       |              |                               |  |

|  |   |
|--|---|
| 1. Was löst bei Ihnen allergische Erkrankungen oder Unverträglichkeiten aus? | <input type="checkbox"/> Pollen (z.B. Gräser, Bäume) <input type="checkbox"/> Metalle (z.B. Nickel, Chrom, Kobalt)<br><input type="checkbox"/> Tiere (z.B. Katzen, Vögel) <input type="checkbox"/> Hausstaubmilben, Schimmelpilze<br><input type="checkbox"/> Latex, Gummistoffe <input type="checkbox"/> Kosmetika, Reinigungs-/<br><input type="checkbox"/> Bienen, Wespen      Desinfektionsmittel<br><input type="checkbox"/> Licht, Wärme, Kälte<br><input type="checkbox"/> Arbeitsstoffe (z.B. Kunstharze, Lösemittel)<br><br><input type="checkbox"/> Medikamente: _____<br><input type="checkbox"/> Nahrungsmittel,- zuzusätze: _____<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| 2. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?                           | <input type="checkbox"/> ab Geburt <input type="checkbox"/> ab Kinder-/Jugendalter<br><input type="checkbox"/> Jahr: _____  |
| 2.1. Behandlungen/ Beschwerden   | <input type="checkbox"/> Zeitlich begrenzt auf _____ Wochen pro Jahr<br><input type="checkbox"/> Über das gesamte Jahr  |
| 2.2. Art der medikamentösen Behandlung                                       | <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> nur bei Bedarf <input type="checkbox"/> Dauermedikation mit<br><input type="checkbox"/> Nasenspray /- tropfen /-salbe ohne / mit Kortison<br><input type="checkbox"/> Antiallergische Tabletten <input type="checkbox"/> Asthmatabletten<br><input type="checkbox"/> Asthmaspray <input type="checkbox"/> Kortisontabletten<br><br>Medikamentenname(n): _____   |
| 2.3. Wurde eine Hyposensibilisierung durchgeführt?                           | <input type="checkbox"/> Ja, von _____ bis _____<br><input type="checkbox"/> Behandlungs- und beschwerdefrei seit: _____<br><input type="checkbox"/> Derzeit noch Beschwerden/ Medikamenteneinnahme   |

|  |  |
|--|--|
| 3. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren folgende Krankheitserscheinungen: |  |
| 3.1 sonstige Beschwerden   | <input type="checkbox"/> nein, es liegen keine Beschwerden vor<br><input type="checkbox"/> ja, wie folgt:<br><input type="checkbox"/> Bindehautentzündung, Augenrötung/-brennen<br><input type="checkbox"/> Heuschnupfen / allergische Rhinitis<br><input type="checkbox"/> Niesen <input type="checkbox"/> "Laufende" Nase <input type="checkbox"/> Dauerschnupfen<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____   |
| 3.2 Beschwerden der Atemwege   | <input type="checkbox"/> nein, es liegen keine Beschwerden der Atemwege vor<br><input type="checkbox"/> ja, wie folgt:<br><input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Atemnot/Reizung der Atemwege<br><input type="checkbox"/> Asthmatische Bronchitis<br><input type="checkbox"/> Hyperreagibles Bronchialsystem<br><input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen der Atemwege (z.B. Staublung, chronische Bronchitis, Lungenemphysem):<br><br>_____  |
| 3.3 Beschwerden der Haut   | <input type="checkbox"/> nein, es liegen keine Beschwerden der Haut vor<br><input type="checkbox"/> ja, wie folgt:<br><br><input type="checkbox"/> Neurodermitis (endogenes Ekzem)<br><input type="checkbox"/> Lokal eng begrenzt - Anzahl der Herde: _____<br><input type="checkbox"/> Flächig ausgebreitet<br>Bestand in den letzten 5 Jahren eine<br>Ausbreitungstendenz des Ekzems auf<br>andere Körperregionen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><br><input type="checkbox"/> Allergisches Kontaktekzem            von _____ bis _____<br>(rissige, schuppige Haut, Juckreiz)<br><input type="checkbox"/> Einmalig <input type="checkbox"/> Mehrfach<br><input type="checkbox"/> Behandlungs- und beschwerdefrei seit: _____<br><input type="checkbox"/> Derzeit noch in Behandlung<br><br><input type="checkbox"/> Urticaria, Nesselsucht (Quaddeln)    von _____ bis _____<br><input type="checkbox"/> Einmalig <input type="checkbox"/> Mehrfach<br><input type="checkbox"/> Behandlungs- und beschwerdefrei seit: _____<br><input type="checkbox"/> Derzeit noch in Behandlung<br><br><input type="checkbox"/> Arzneimittelexanthem                    von _____ bis _____<br>(Rötliche Hautveränderungen)<br><input type="checkbox"/> Einmalig <input type="checkbox"/> Mehrfach<br><input type="checkbox"/> Behandlungs- und beschwerdefrei seit: _____<br><input type="checkbox"/> Derzeit noch in Behandlung<br><br><input type="checkbox"/> Lichtdermatosen /                            von _____ bis _____<br>Lichtreaktionen der Haut<br><input type="checkbox"/> Einmalig <input type="checkbox"/> Mehrfach<br><input type="checkbox"/> Behandlungs- und beschwerdefrei seit: _____<br><input type="checkbox"/> Derzeit noch in Behandlung |

|   |  |
|---|--|
| <p>3.4 weitere Allergien/<br/>Unverträglichkeiten</p>   | <p><input type="checkbox"/> nein, es liegen keine Beschwerden vor<br/> <input type="checkbox"/> ja, wie folgt:</p> <p><input type="checkbox"/> Insektengiftallergie</p> <p>Hyposensibilisierung durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br/> Mit Erfolg? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlungs- und beschwerdefrei seit: _____<br/> <input type="checkbox"/> Derzeit noch in Behandlung</p> <p>Die Beschwerden äußern sich wie folgt (kurze Beschreibung) :<br/> _____<br/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Quincke-Ödem, anaphylaktischer Schock</p> <p><input type="checkbox"/> Wann zuletzt? _____<br/> <input type="checkbox"/> Einmalig <input type="checkbox"/> Mehrfach</p> |
| <p>4. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden<br/>arbeitsunfähig gewesen?</p>   | <p><input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____<br/> <input type="checkbox"/> nein</p>   |
| <p>5. Rauchen Sie?</p>  | <p><input type="checkbox"/> nein<br/> <input type="checkbox"/> ja</p>  |
| <p>6. Haben Sie wegen Ihrer Allergie(n)<br/>einen Berufs- oder<br/>Tätigkeitswechsel vorgenommen<br/>oder wurde dieses ärztlicherseits<br/>angeraten?</p> | <p><input type="checkbox"/> Nein<br/> <input type="checkbox"/> Ja, bitte nähere Angaben: _____<br/> _____</p>  |
| <p>7. Bei welchem Arzt / welchen Ärzten<br/>stehen Sie wegen Ihrer allergischen<br/>Erkrankung(en) in Behandlung?</p>                                     | <p><input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Dermatologe<br/> <input type="checkbox"/> HNO-Arzt <input type="checkbox"/> Lungenfacharzt</p> <p>Name, Anschrift _____<br/> _____</p>   |
| <p><b>Ort, Datum</b></p>  | <p><b>Unterschrift der zu versichernden Person</b> <b>Unterschrift des Antragstellers</b></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