

Geldwäscheprüfung
Feststellung wirtschaftlich Berechtigter/Vertreter

1. Bei dem Versicherungsnehmer handelt es sich um eine
a. natürliche Person ja nein (wenn ja, bitte weiter mit Frage 2)
b. juristische Person ja nein (wenn ja, fügen Sie bitte das Formular "Identifizierung bei juristischen Personen und Personengesellschaften" vollständig ausgefüllt und unterschrieben, sowie einen aktuellen Registerauszug bei.)
2. Ich bin wirtschaftlich Berechtigter (Details siehe Schlusserklärungen in Abschnitt B) ja nein (wenn nein, bitte weiter mit Frage 3)
3. Ich handle im Namen von _____ (Name und Anschrift)

Der Antragsteller wird von folgender Person vertreten _____ (Name und Anschrift)
Wenn der Antragsteller nicht wirtschaftlich Berechtigter ist oder vertreten wird, ist von dem wirtschaftlich Berechtigten oder dem Betreuer eine Kopie des Legitimationsdokuments (z. B. Ausweis), sowie Vollmachten, Beauftragungen etc. dem Antrag beizulegen

Identifikation des Antragstellers

Der Antragsteller ist eine natürliche Person und weist sich wie folgt aus:
Nummer des Personalausweises oder Reisepasses _____ gültig bis TT.MM.JJJJ Geburtsort _____
ausgestellt am TT.MM.JJJJ durch die Behörde _____
Zu Beachten: Die Kopie des Ausweisdokuments (Vorder- und Rückseite) ist dem Antrag immer beizufügen.
Bei juristischen Personen ist das Formular "Identifizierung bei juristischen Personen und Personengesellschaften" einzureichen.

Politisch exponierte Person

Ist oder war der Antragsteller, der wirtschaftlich Berechtigte, der Bezugsberechtigte, ein unmittelbares Familienmitglied oder eine bekanntermaßen nahestehende Person eine politisch exponierte Person (PEP)? nein ja,
der _____ hat einen PEP-Status aufgrund seiner Funktion
als _____ (ausgeübtes Amt/Funktion) von TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ oder
als unmittelbarer Familienangehöriger zu einer PEP _____ (z.B. Ehepartner) oder Details siehe Schlusserklärungen Abschnitt B.
als bekanntermaßen nahestehende Person zu einer PEP _____ (z.B. enge Geschäftsbeziehung).

Mittelherkunft

Zur Erfüllung der verstärkten Sorgfaltspflichten nach dem Geldwäschegesetz (GwG) benötigen wir in folgenden Fällen Auskünfte oder Nachweise über die Herkunft der Vermögenswerte, wobei immer alle Beiträge der letzten 24 Monate an die HanseMercur Lebensversicherung AG zu berücksichtigen sind:
- Einmalbeiträge und Zuzahlungen ab 100.000 EUR (ab 200.000 EUR bitte **Belege** beifügen)
- Laufende Beitragszahlungen und Zuzahlungen ab 15.000 EUR pro Jahr (ab 18.000 EUR bitte **Belege** beifügen)
Woraus wird der Beitrag finanziert? lfd. Einkünfte Ersparnisse (inkl. Quelle) Erbschaft Ablaufleistung einer Lebensversicherung
 sonstiges: _____

Tarif

Private Risikolebensversicherung nach Tarif T der Tarifgeneration _____ mit folgenden beitragsrelevanten Tarifmerkmalen:
Person 1 Person 2
Akademiker ja nein ja nein
Nichtraucher ja nein ja nein
PKV-Versichert ja nein ja nein
Ausführlichere Definitionen siehe Schlusserklärungen

Vertragslaufzeiten/Leistungen

Beitragszahlung bis zum TT.MM.JJJJ Risikodauer bis zum TT.MM.JJJJ
Garantierte Versicherungssumme _____ EUR fallend auf _____% im Ablaufjahr (Prozentsatz zwischen 0% und 100% in Zehnerschritten möglich)
Ab 500.000,- EUR Versicherungssumme müssen die Zusatzklärung Finanzen sowie die Einkommensnachweise (laufendes und der letzten 2 Jahre) eingereicht werden.
Beitragsdynamik Jährliche Beitragserhöhung um _____% Wurde kein Eintrag vorgenommen, erfolgt keine Erhöhung.

Überschussverwendung

Beitragsverrechnung Sofortbonus

Bezugsrecht

Empfänger der Leistungen im Todesfall: der Versicherungsnehmer, sofern dieser nicht versicherte Person ist; sonst der Ehepartner/eingetragener Lebenspartner der versicherten Person (zzt. des Ablebens gültige Ehe/Lebenspartnerschaft).
oder die überlebende versicherte Person
Nur falls eine andere Person gewünscht ist, bitte die folgenden Felder ausfüllen:
Herr Frau
Titel _____ Name _____ Vorname _____
Straße, Postfach/
Zustellergängung _____ Haus-Nr. _____ Geburtsdatum TT.MM.JJJJ
Postleitzahl _____ Wohnort _____
Eine ggf. vereinbarte Rente aus der Berufsunfähigkeitsabsicherung erhält der Versicherungsnehmer.

Vorläufiger Versicherungsschutz

Bei Tod der versicherten Person zahlen wir die beantragte Todesfallleistung, höchstens jedoch 100.000,- EUR.
Die Bedingungen zum vorläufigen Versicherungsschutz finden Sie auf der letzten Seite des Antrags.

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Beitragsbefreiung nach Tarif BUZB im Fall einer Berufsunfähigkeit
 Garantierte Rentenzahlung nach Tarif BUZR von monatlich _____ EUR im Fall einer Berufsunfähigkeit
Risikodauer bis zum TT.MM.JJJJ Akademiker ja nein
Keine körperliche Tätigkeit ja nein (Definition siehe Schlusserklärungen)
Führungskraft ja nein
Leistungsdauer bis zum TT.MM.JJJJ
Die in der Berufsunfähigkeitsabsicherung anfallenden Überschüsse werden zur Reduzierung des zu zahlenden Beitrags verwendet (Beitragsverrechnung).

Beitrag

Gesamtbeitrag gemäß Zahlweise _____ EUR **Zahlbeitrag** gemäß Zahlweise _____ EUR (nach Beitragsverrechnung von Überschüssen; nicht garantiert)
Zahlweise monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich einmalig



Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen, siehe "Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht" auf Seite 1 dieses Antrags und auf den Seiten 9 und 10 der Ihnen ausgehändigten Verbraucherinformation.

Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person

Es sind auch solche Krankheiten und Beschwerden (innerhalb der abgefragten Zeiträume) anzugeben, die ausgeheilt sind, die nicht behandelt wurden, und auch solche, die für unwesentlich gehalten wurden, jedoch nicht kurzfristige Erkältungen wie Husten, Schnupfen, soweit nicht dabei Mandel- oder Nebenhöhlenbeschwerden auftraten. Bei ausgeheilten Krankheiten und Beschwerden geben Sie bitte an, seit wann Beschwerde- und Behandlungsfreiheit besteht. Wird eine der gestellten Fragen mit „ja“ beantwortet, sind ergänzende Angaben erforderlich. Ihre ausführlichen Angaben tragen Sie bitte in den dafür vorgesehenen Platz unter der Frage oder in der Tabelle im Anschluss an die Gesundheitsfragen ein.

Der Vertragsabschluss ist nicht von der Durchführung eines genetischen Tests abhängig. Nur wenn Ihnen ein solcher Befund bereits vorliegt und Sie einen Antrag auf Abschluss einer Berufs- oder Dienstunfähigkeitsversicherung mit mehr als 30.000 EUR Jahresrente oder einer Risikolebensversicherung mit mehr als 300.000 EUR Versicherungssumme einreichen, müssen Sie uns die Ergebnisse der bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen mitteilen.

Wir nennen Ihnen nachfolgend zu jedem Fragenbereich Beispiele für die uns wichtigen Angaben, die Ihnen Ihre Antwort erleichtern sollen. Die Beispiele umfassen dabei nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbegriffe aus dem jeweiligen Antwortbereich.

	Person 1	Person 2
1.1 Bitte geben Sie Ihre derzeitigen Körpermaße an:	Größe _____ cm Gewicht _____ kg	Größe _____ cm Gewicht _____ kg
1.2 Bestehen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (wie z.B. angeborene Erkrankungen, Missbildungen oder fehlende Gliedmaßen)? Falls "ja", nennen Sie uns bitte die Beeinträchtigung, die Ursache und den Zeitpunkt des Auftretens:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <u>Person 1</u> _____ _____ <u>Person 2</u> _____ _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.3 Besteht ein Grad einer Behinderung, Erwerbsminderung, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit, einer Dienstunfähigkeit oder einer Pflegebedürftigkeit? Falls "ja", nennen Sie uns bitte was vorliegt und was die Ursache ist:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <u>Person 1</u> _____ _____ <u>Person 2</u> _____ _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.4 Besteht bei Ihnen ein positiver Test auf HIV-Infektion oder warten Sie noch auf das Testergebnis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.5 Sind bei Ihnen Kontrolluntersuchungen oder Nachsorgeuntersuchungen durch einen Arzt, Heilpraktiker oder anderen Therapeuten angeraten oder stehen noch Untersuchungsergebnisse aus? (z.B. Blutzuckerkontrolle, Tumornachsorge) Falls "ja", welche und wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <u>Person 1</u> _____ _____ <u>Person 2</u> _____ _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 5 Jahre		
1.6 Wurden Sie operiert oder ist eine Operation (auch ambulante Operation) in den nächsten 12 Monaten geplant?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.7 Waren Sie stationär oder teilstationär in einem Krankenhaus, z.B. Klinik, Praxisklinik, Rehabilitationsklinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik oder wurde Ihnen ein Klinikaufenthalt in den nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.8 Bestehen oder bestanden bei Ihnen Erkrankungen, Gesundheits- oder Funktionsstörungen, aufgrund derer Sie beraten, behandelt oder untersucht wurden (z.B. durch Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe wie z.B. Heilpraktiker, Psychologen oder Psychotherapeuten) und zwar in folgenden Bereichen?		
a) Psyche oder Psychosomatik (z. B. wegen Depressionen, Angstzustände oder Zwangsstörungen, Neurose, Stress- oder Erschöpfungszustände, Essstörungen, Psychosen, Burnout Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuche)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Wirbelsäule oder Bandscheiben (z. B. Bandscheibenvorfall, Nacken- oder Rückenschmerzen, Hexenschuss, Verschleiß, Rückgratverkrümmung, Wirbelgleiten, Wirbelversteifung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Arthritis, rheumatische Beschwerden, Verschleiß, Frakturen, Knieverletzungen, Beinverkürzungen, Bänderverletzungen, Hüftfehlstellungen, Schulter-Arm-Syndrom)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d) Krebs, Tumore oder Gewebsneubildungen (z. B. Brustkrebs, Hautkrebs, Karzinom, Melanom, Geschwülste, Zysten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e) Gehirn oder Nervensystem (z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Lähmungen, Parkinson, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, mehrere Tage andauernde Kopfschmerzen, Migräne)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
f) Herz oder Kreislauforgane (z. B. Bluthochdruck, Schwindel, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelschaden, Schlaganfall, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Venenleiden, Thrombose)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
g) Magen, Speiseröhre, Darm, Galle, Leber oder Bauchspeicheldrüse (z. B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre, Fettleber, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, entzündliche Darmerkrankungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person

	Person 1	Person 2
h) Nieren und Harnwege, Blase, Prostata oder Unterleibsorgane bzw. Geschlechtsorgane (z. B. Nieren- oder Blasensteine, Zysten, Fisteln, Infektionen, Nierenentzündung, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin, Prostatavergrößerung oder Prostatentzündung, Brusterkrankungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i) Atmungsorgane (z. B. Lungen- oder Rippenfellentzündung, Bronchitis, Schlafapnoe, Asthma, Allergie, Atemstörungen, Post-Covid-Syndrom)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
j) Stoffwechsel (z. B. Diabetes, Gicht, erhöhte Blutfettwerte, Schilddrüsenerkrankungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
k) Blut, Drüsen oder Milz (z. B. Anämien, Gerinnungsstörung, Blutkrebs, Bluterkrankheit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
l) Allergien (z. B. allergisches Asthma, Nahrungsmittelallergien, Kontaktallergien)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
m) Autoimmunerkrankungen (z. B. Lupus erythematosus, Morbus-Bechterew, Polyarthrit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
n) Infektionen (z. B. Covid-19, Hepatitis, Malaria, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
o) Unfälle oder Vergiftungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
p) Haut (z. B. Ekzeme, Neurodermitis, Schuppenflechte)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
q) Augen (z.B. erhöhter Augendruck, Sehstörungen, Hornhaut- oder Netzhauterkrankungen, Grauer Star, Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
r) Ohren (z. B. Hörminderung, Hörsturz, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.9 Nehmen oder nahmen Sie Drogen oder Betäubungsmittel oder haben Sie deswegen eine Suchtberatung in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.10 Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Alkohol zu sich, d.h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage eines Jahres?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.11 Haben Sie über einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen täglich Medikamente oder apothekenpflichtige Arzneimittel eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.12 Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? Name, Anschrift und Telefonnummer des Hausarztes bzw. behandelnder Fachärzte oder Heilpraktiker:		

Person 1

Person 2

Erläuterungen zu den mit "ja" gemachten Angaben, z. B zu Frage 1. 8a:

Bitte bei Platzmangel ein separates, vom Antragssteller und von der zu versichernden Person unterschriebenes Blatt verwenden!

Person 1

Zu Frage Nr.	Art der Erkrankung, Beschwerden, Untersuchung, Beratung, Behandlung oder Operation	Von wann bis wann?	Liegt völlige Ausheilung vor?	Aktuelle Medikamente	Namen/Adressen des jeweiligen Behandelnden

Person 2

Zu Frage Nr.	Art der Erkrankung, Beschwerden, Untersuchung, Beratung, Behandlung oder Operation	Von wann bis wann?	Liegt völlige Ausheilung vor?	Aktuelle Medikamente	Namen/Adressen des jeweiligen Behandelnden

Zusätzliche Angaben

2.1 Bestehen für Sie bei der HanseMerkur oder anderen Versicherern weitere Todesfallabsicherungen oder Versicherungen für den Fall der Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung, oder haben Sie solche in den **letzten 5 Jahren** beantragt?

Person 1	Person 2
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erläuterungen zu den mit "ja" gemachten Angaben:
Bitte bei Platzmangel ein separates, vom Antragssteller und von der zu versichernden Person unterschriebenes Blatt verwenden!

Versicherer	Art der Absicherung	Höhe der Versicherungssumme	Jahr des Abschlusses	Ist der Antrag noch aktiv, aktuell beantragt oder gekündigt?
Person 1				
Person 2				

2.2 Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf oder beim Sport oder in der Freizeit ausgesetzt? Zum Beispiel, weil Sie mit Chemikalien oder radioaktiven oder explosiven Stoffen zu tun haben. Oder weil Sie zum Beispiel Luft-, Motor-, Tauch-, Berg-, Kampf-, Wildwasser- oder Reitsport betreiben, Rugby spielen oder an Sportwettbewerben teilnehmen. ja nein ja nein

Falls ja, welchen?

Person 1

Person 2

2.3 Beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten länger als 3 Monate außerhalb Europas aufzuhalten? ja nein ja nein
Wenn ja, bitte Ort, Dauer und Grund des Auslandsaufenthalts angeben.

Person 1

Person 2

2.4 Welchen Absicherungszweck verfolgen Sie mit dem Abschluss der Risikolebensversicherung? (Z. B. Familienabsicherung, Immobilienfinanzierung)

Wenn Sie diesem Antrag zusätzliche Unterlagen bzw. Anlagen beigelegt haben, geben Sie bitte nachfolgend Art und Umfang an.

Person 1

Person 2

Bitte immer beantworten (zusätzliche Angaben)

Wer hat die Angaben zum Gesundheitszustand in dieses Formular eingetragen?

Die Versicherte Person 1 Die Versicherte Person 2 Der Vermittler

Besondere Vereinbarungen

Solche Vereinbarungen sind nur verbindlich, wenn sie von der HanseMerkur schriftlich bestätigt werden.

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, am _____ folgende Unterlagen erhalten zu haben: Verbraucherinformation PT _____



- Gesonderte „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“
- Die oben genannte Verbraucherinformation, die darin enthaltenen Vertragsbestimmungen einschließlich der **Widerrufsbelehrung**, der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung,
- „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“,
- Durchschrift/Kopie des Beratungsprotokolls.

2. Unterschrift des Antragstellers



Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die **Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen (nachfolgende Seiten dieses Antrags)**. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen, die neben einer Erklärung über die Beratungssituation bei Vertragsabschluss auch einen Hinweis zum Widerrufsrecht, Datenschutzhinweise bei Beantragung des Versicherungsvertrages und Hinweise zur Verhinderung von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung enthalten, zum Inhalt dieses Antrags. Sie bestätigen auch, die nachfolgend genannten Einwilligungen zur Kenntnis genommen zu haben und ihnen zuzustimmen:

- **Einwilligung zur Bonitätsauskunft,**
- **Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung.**

Ja, ich möchte auch weiterhin gut informiert bleiben und keine aktuellen Aktionen der HanseMerkur Versicherungsgruppe verpassen!

Ich bin einverstanden, dass mich die Unternehmen der HanseMerkur Versicherungsgruppe* zu versicherungsbezogenen Produkten (Kranken-, Lebens-, Reise- oder Sachversicherung) oder Services (z. B. Gesundheitsservices oder Apps) der HanseMerkur Versicherungsgruppe über die nachfolgend von mir ausgewählten Kommunikationswege kontaktieren.

* Die HanseMerkur Versicherungsgruppe umfasst die folgenden Unternehmen: HanseMerkur Krankenversicherung AG, HanseMerkur Spezial-Krankenversicherung AG, HanseMerkur Lebensversicherung AG, HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG, HanseMerkur Reiseversicherung AG, Advigon Versicherung AG, HanseMerkur International AG, H.B.C. Hanse Betreuungcenter GmbH sowie die mich betreuenden Ausschließlichkeitsvermittler der vorgenannten Unternehmen

Dazu wird die HanseMerkur Lebensversicherung AG * meine bei ihr verfügbaren personenbezogenen Daten (z. B. Name, E-Mail-Adresse oder Telefonnummer) an die weiteren Gesellschaften der HanseMerkur Versicherungsgruppe übermitteln.

Bitte informieren Sie mich per:

E-Mail und Telefon E-Mail Telefon

Diese Einwilligung kann ich jederzeit per Post (HanseMerkur Lebensversicherung AG *, Postfach, 20352 Hamburg), E-Mail (info@hansemerkur.de) oder Telefon (040 4119-0) formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bis dahin bleibt diese Einwilligung in Kraft.

Datum **3. Unterschrift** des Antragstellers



Unterschrift der zu versichernden Person 1

Unterschrift der zu versichernden Person 2

Der vorstehende Antrag wurde (nicht) in meiner Gegenwart unterschrieben. Mir sind keine anderen Mitteilungen über aktuelle und frühere Erkrankungen/ Leiden gemacht worden. Auch habe ich keine Anzeichen für solche Erkrankungen/ Leiden bemerkt.

Unterschrift des Vermittlers

Name des Vermittlers

Vermittlernummer

Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

A. Wichtig für den Antragsteller:

- Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Lebensversicherungsunternehmen ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar.
- Den Antrag kann der Versicherer innerhalb von 6 Wochen annehmen. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung, bei Versicherungen mit geforderter ärztlicher Untersuchung jedoch nicht vor dem Tage der Untersuchung.
- Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Versicherungsschein bzw. die Annahmeerklärung des Versicherers zugegangen ist.
- Mündliche Abmachungen haben keine Gültigkeit. Nebengebühren und Kosten werden nicht berechnet. Insbesondere sind Versicherungsvermittler oder Versicherungsmakler nicht berechtigt, ihrerseits von dem Versicherungsnehmer irgendwelche Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben.
- Der Versicherungsschutz besteht ab dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn, sofern der erste Beitrag gezahlt wurde und Sie den Versicherungsschein oder eine schriftliche Annahmeerklärung erhalten haben.
- Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz zum vorgenannten Beginn, ggf. schon vor dem Ende der Widerrufsfrist, besteht. **Informationen über das Widerrufsrecht finden Sie in der Verbraucherinformation ab Seite 5 unter „Wichtige Informationen“.**
- Mir ist bekannt, dass bei Risikoversicherungen aus den Beiträgen die Abschluss- und Verwaltungskosten sowie die Kosten zur Deckung der vorzeitigen Versicherungsfälle (Risikobeiträge) entnommen werden. Deshalb stehen keine oder geringe Beträge für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung.
- Ich werde an den Überschüssen des Versicherungsunternehmens beteiligt. Die Höhe der Überschussbeteiligung wird jährlich neu festgelegt.

9. Definition Akademiker/Nichtraucher/PKV-Versichert

Akademiker: Akademiker ist, wer ein Hoch- oder Fachhochschulstudium an einer staatlich anerkannten Hoch- oder Fachhochschule in der europäischen Union erfolgreich abgeschlossen hat. Als Nachweis ist eine Kopie des Hoch- oder Fachhochschulabschlusses bei Antragstellung einzureichen.

Nichtraucher: Nichtraucher ist, wer innerhalb der letzten 24 Monate weder Zigaretten noch andere Tabakwaren geraucht oder konsumiert hat. Dazu zählt auch die Benutzung von elektrischen Rauchergeräten und Verdampfern (z.B. E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Shishas, IQOOS) sowie die Aufnahme von Nikotin in anderer Weise (z.B. Nikotinplaster, Nikotinkaugummi, Schnupf- oder Kautabak).

PKV-Versichert: Privat krankenversichert ist, wer bei einer deutschen privaten Krankenversicherung in einem Krankheitskostentarif versichert ist, der geeignet ist, den Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung zu ersetzen (substitutive Krankenversicherung). Hierzu zählen keine privaten Zusatzversicherungen, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz lediglich ergänzen.

10. Gesundheitsangaben

Die Angaben zum Gesundheitszustand sowie zu Beruf, Größe und Gewicht sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zu einem Rücktritt oder zu einer Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsänderung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Ihnen gesondert ausgehändigte „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ (VVG = Versicherungsvertragsgesetz). Den Inhalt dieser Mitteilung können Sie zusätzlich den Seiten 9 und 10 der Ihnen überreichten Verbraucherinformation entnehmen.

11. Definition keine körperliche Tätigkeit und Führungskraft

Keine körperliche Tätigkeit: Nicht körperlich tätig ist, wer keine körperlichen Tätigkeiten ausübt und mindestens 75% seiner Arbeitszeit im Büro verbringt.

Führungskraft: Führungskraft ist, wer Personalverantwortung für mindestens 5 festangestellte Vollzeitmitarbeiter hat. Auszubildende, Werkstudenten oder Praktikanten zählen nicht dazu.

12. Erklärung des Antragstellers über die Beratungssituation bei Vertragsabschluss

Ich erkläre, dass bei der Beantragung dieses Versicherungsschutzes kein Versicherungsberater beteiligt war. Im Fall der Beteiligung eines Versicherungsberaters wird der unter anderer Annahme geschlossene Vertrag über einen Tarif mit einkalkulierter Abschlussprovision (Bruttotarif) aufgehoben. Gleichzeitig erhalte ich ein neues Angebot auf Abschluss des Versicherungsschutzes in einem entsprechenden Tarif ohne Abschlussprovision (Nettotarif).

13. Widerrufsrecht:

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins und der Verbraucherinformation ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die vollständige Widerrufsbelehrung finden Sie ab Seite 5 in der Verbraucherinformation unter "Wichtige Informationen".

B. Hinweise zum Geldwäschegesetz

- Das Gesetz über das Aufspüren von Gewinnen aus schweren Straftaten (Geldwäschegesetz – GwG) verpflichtet u.a. Versicherungsvermittler nach § 59 Versicherungsvertragsgesetz und Lebensversicherungsunternehmen im Rahmen der Allgemeinen Sorgfaltspflichten ihre Vertragspartner und gegebenenfalls für sie auftretende Personen bei Neuabschlüssen und Erhöhungen von Lebensversicherungen zu identifizieren. Dazu gehört ebenfalls die Abklärung ob der Vertragspartner für einen wirtschaftlich Berechtigten handelt. Bei der **Identifizierung** hat der Verpflichtete die hier im Antrag bzw. im GWG-Formular geforderten Angaben zu erheben für:
 - natürliche Personen
 - juristische Personen
 - wirtschaftlich Berechtigte (Definition sh. unten).
- Die **Überprüfung** der Angaben erfolgt zu 1. bzw. 3.) mittels
 - a) der bei Vertragsabschluss übergebenen lesbaren Kopie eines gültigen amtlichen Ausweises, der ein Lichtbild des Inhabers enthält und mit dem die Pass- und Ausweispflicht im Inland erfüllt wird, oder
 - b) eines elektronischen Identitätsnachweises, einer qualifizierten elektronischen Signatur oder eines notifizierten elektronischen Identifizierungssystems.Der Vermittler und der Versicherungsnehmer bzw. der wirtschaftlich Berechtigte bestätigen mit ihren Unterschriften unter dem Antrag dass die Überprüfung vor Ort stattgefunden hat, die Kopie mit dem Original übereinstimmt.
- Beträgt der Jahresbeitrag (Summe der Beitragsraten) weniger als 600,00 EUR (bei Versicherungen mit Dynamik weniger als 480,00 EUR) oder liegt der Einmalbeitrag unter 3.000,00 EUR, kann eine Identifikation mit Überprüfung gemäß Punkt 4. später (spätestens vor Auszahlung der Lebensversicherungsleistungen, bei Eintritt des Versicherungsfalles oder Kündigung des Vertrages) vorgenommen werden.
- Wirtschaftlich Berechtigter** im Sinne des GwG ist immer eine natürliche Person, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Vertragspartner letztlich steht, oder auf deren Veranlassung eine Transaktion letztlich durchgeführt oder eine Geschäftsbeziehung begründet wird. Grundsätzlich sind Sie als Antragsteller/Versicherungsnehmer selbst „wirtschaftlich berechtigt“, es sei denn, Sie handeln auf Veranlassung eines Dritten bzw. fremdnützig.

Zu den wirtschaftlich Berechtigten zählen natürliche Personen,

- a) die innerhalb von juristischen Personen* (außer rechtsfähigen Stiftungen und bei sonstigen Gesellschaften) die nicht an einem organisierten Markt nach § 2 Absatz 5 des Wertpapierhandelsgesetzes notiert sind und keinen dem Gemeinschaftsrecht entsprechenden Transparenzanforderungen im Hinblick auf Stimmrechtsanteile oder gleichwertigen internationalen Standards unterliegen, unmittelbar oder mittelbar
 - aa) mehr als 25 Prozent der Kapitalanteile halten,
 - ab) mehr als 25 Prozent der Stimmrechte kontrollieren oder
 - ac) auf vergleichbare Weise Kontrolle ausüben,
 - b) die bei rechtsfähigen Stiftungen und Rechtsgestaltungen, mit denen treuhänderisch Vermögen verwaltet oder verteilt oder die Verwaltung oder Verteilung durch Dritte beauftragt sind, oder bei diesen vergleichbaren Rechtsformen:
 - ba) die als Treugeber, Verwalter von Trusts (Trustee) oder Protektor handeln,
 - bb) die Mitglied des Vorstands der Stiftung sind,
 - bc) die als Begünstigte bestimmt worden sind,
 - bd) die in einer Gruppe von natürlichen Personen, zu deren Gunsten das Vermögen verwaltet oder verteilt werden soll, sofern die natürliche Person, die Begünstigte des verwalteten Vermögens werden soll, noch nicht bestimmt ist, und
 - be) jede natürliche Person, die auf sonstige Weise unmittelbar oder mittelbar beherrschenden Einfluss auf die Vermögensverwaltung oder Ertragsverteilung ausübt,
 - c) auf deren Veranlassung Transaktionen durchgeführt werden.
- * Wenn auch nach Durchführung umfassender Prüfungen und, ohne dass Tatsachen nach § 43 Absatz 1 GWG vorliegen, keine natürliche Person ermittelt worden ist oder wenn Zweifel daran bestehen, dass die ermittelte Person wirtschaftlich Berechtigter ist, gilt als wirtschaftlich Berechtigter der gesetzliche Vertreter, geschäftsführende Gesellschafter oder Partner des Vertragspartners.

3. **Politisch exponierte Person** im Sinne des GwG ist jede Person, die ein hochrangiges wichtiges öffentliches Amt auf internationaler, europäischer oder nationaler Ebene ausübt oder ausgeübt hat oder ein öffentliches Amt unterhalb der nationalen Ebene, dessen politische Bedeutung vergleichbar ist, ausübt oder ausgeübt hat.

Zu den politisch exponierten Personen gehören insbesondere

1. Personen, die folgende Funktionen innehaben:

- a) Staatschefs, Regierungschefs, Minister, Mitglieder der Europäischen Kommission, stellvertretende Minister und Staatssekretäre,
- b) Parlamentsabgeordnete und Mitglieder vergleichbarer Gesetzgebungsorgane,
- c) Mitglieder der Führungsgremien politischer Parteien,
- d) Mitglieder von obersten Gerichtshöfen, Verfassungsgerichtshöfen oder sonstigen hohen Gerichten, gegen deren Entscheidungen im Regelfall kein Rechtsmittel mehr eingelegt werden kann,
- e) Mitglieder der Leitungsorgane von Rechnungshöfen,
- f) Mitglieder der Leitungsorgane von Zentralbanken,
- g) Botschafter, Geschäftsträger und Verteidigungsattachés,
- h) Mitglieder der Verwaltungs-, Leitungs- und Aufsichtsorgane staatseigener Unternehmen,
- i) Direktoren, stellvertretende Direktoren, Mitglieder des Leitungsorgans oder sonstige Leiter mit vergleichbarer Funktion in einer zwischenstaatlichen internationalen oder europäischen Organisation;

2. **Personen, die Ämter innehaben**, wie sie in der von der Europäischen Kommission veröffentlichten Liste enthalten sind.

3. **Familienmitglied** im Sinne des GwG ist ein naher Angehöriger einer politisch exponierten Person, insbesondere 1. der Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner, 2. ein Kind und dessen Ehepartner oder eingetragener Lebenspartner sowie 3. jeder Elternteil.

4. **Bekanntermaßen nahestehende Person** im Sinne des GwG ist eine natürliche Person, bei der der Verpflichtete Grund zu der Annahme haben muss, dass diese Person 1. gemeinsam mit einer politisch exponierten Person

- a) wirtschaftlich Berechtigter einer Vereinigung nach § 20 Absatz 1 ist oder

- b) wirtschaftlich Berechtigter einer Rechtsgestaltung nach § 21 ist,

2. zu einer politisch exponierten Person sonstige enge Geschäftsbeziehungen unterhält oder alleiniger wirtschaftlich Berechtigter

- a) einer Vereinigung nach § 20 Absatz 1 ist oder

- b) einer Rechtsgestaltung nach § 21 ist, bei der der Verpflichtete Grund zu der Annahme haben muss, dass die Errichtung faktisch zugunsten einer politisch exponierten Person erfolgte.

4. **Sorgfaltspflichten** sofern eine Identifikation, die Ermittlung des wirtschaftlich Berechtigten oder des PEP-Status nicht vorgenommen werden kann (§§ 10, 11, 12 GwG) oder die verstärkten Sorgfaltspflichten nach § 15 GwG (Mittelherkunftsprüfung) nicht erfüllt werden können, darf die Geschäftsbeziehung nicht begründet oder fortgesetzt werden. Soweit eine Geschäftsbeziehung bereits besteht, ist diese von der HanseMerkur ungeachtet anderer gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen durch Kündigung oder andere geeignete Weise zu beenden.

C. Zuständiger Ombudsmann bzw. Aufsichtsbehörde

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

D. Datenschutzhinweise bei Beantragung des Versicherungsvertrages (DSGVO)

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die HanseMerkur Lebensversicherung AG (HanseMerkur) und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

HanseMerkur Lebensversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
Telefon: 040 4119-4400
Fax: 040 4119-3257
E-Mail-Adresse: info@hansemerkur.de

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse oder per E-Mail unter: datenschutz@hansemerkur.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.hansemerkur.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policing oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer HanseMerkur-Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der HanseMerkur-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie auf unserer Internetseite unter www.hansemerkur.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an die Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

E. Einwilligung zur Bonitätsauskunft

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Vertragsverhältnisses Informationen über mein Zahlungsverhalten und meine Zahlungsfähigkeit (Bonitätsdaten) bei Auskunfteien wie z. B. Schufa, Infocore oder Creditreform einholt. Dabei kann die Auskunft bei dem Versicherer ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren, auch unter Einbeziehung von georeferenzierten Daten, mitteilen (Score-Verfahren). Zur Identifikation werden Name, Anschrift (Erstwohnsitz laut Melderegistereintrag) und Geburtsdatum verwendet. Bei falschen Angaben behält sich der Versicherer die Möglichkeit des Rücktritts vom oder die Anfechtung des Vertrags vor.

F. entfällt

G. Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtenbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften (insb. EU-DSGVO) enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die HanseMerkur Lebensversicherung AG – nachfolgend HanseMerkur genannt – daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die HanseMerkur Ihre Schweigepflichtenbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten bei schweigepflichtigen Stellen weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtenbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein werden.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die HanseMerkur selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der HanseMerkur (unter 3.) und
- wenn ein Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HanseMerkur.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die HanseMerkur die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstiger Angehöriger eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die HanseMerkur benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtenbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich die HanseMerkur in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die HanseMerkur einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die HanseMerkur einwillige oder
- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergreifen sich nach Vertragsschluss für die HanseMerkur konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die HanseMerkur konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtenbindung.

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. zu einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtenbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HanseMerkur

Die HanseMerkur verpflichtet die jeweiligen Dienstleister vertraglich zur Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die HanseMerkur benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtenbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die HanseMerkur zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die HanseMerkur tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die HanseMerkur führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die HanseMerkur Ihre Schweigepflichtenbindung für sich und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

Die HanseMerkur führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die HanseMerkur erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die derzeitige Liste kann im Internet unter www.hansemerkur.de/service/datenschutz eingesehen oder bei der Hauptverwaltung angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die HanseMerkur Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur meine Gesundheitsdaten an die in der erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die HanseMerkur dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der HanseMerkur Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die HanseMerkur Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die HanseMerkur Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die HanseMerkur aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die HanseMerkur das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die HanseMerkur unterrichtet

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die HanseMerkur tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die HanseMerkur gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die HanseMerkur Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die HanseMerkur speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der HanseMerkur bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Welche Bedingungen gelten für den vorläufigen Versicherungsschutz?

Bei Tod der versicherten Person zahlen wir die beantragte Todesfallleistung, höchstens jedoch 100.000,- EUR. Die Leistung aus dem vorläufigen Versicherungsschutz ist auch dann auf 100.000,- EUR begrenzt, wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.

Voraussetzungen

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- zwischen dem beantragten Versicherungsbeginn und der Unterzeichnung des Antrags nicht mehr als zwei Monate liegen,
- uns eine Ermächtigung zum Lastschriftinzugsverfahren erteilt worden ist,
- Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben,
- Ihr Antrag nicht von den von uns angebotenen Tarifen und Bedingungen abweicht,
- die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Beginn und Ende

Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht, spätestens drei Tage nach Antragstellung.

Sofern nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz spätestens zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags. Er endet jedoch vor Ablauf dieser Frist, wenn

- der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat,
- wir Ihren Antrag abgelehnt haben,
- Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben,
- Sie von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch gemacht haben,
- Sie einem von uns angebotenen, vom Antrag abweichenden Versicherungsschutz widersprechen,
- der Einzug des Einlösebeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist.

Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

Ausschlüsse

Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für Versicherungsfälle, für die Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen mitursächlich waren, nach denen im Antrag gefragt wurde und von denen die versicherte Person bei Unterzeichnung Kenntnis hatte. Dies gilt auch, wenn diese im Antrag angegeben wurden.

Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen, sofern der Tod unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse, Unruhen, den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht wurde.

Kosten

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Jahresbeitrag für das erste Versicherungsjahr des beantragten Versicherungsschutzes. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen jedoch nicht mehr als den Beitrag für eine beantragte Todesfallleistung in Höhe von 100.000,- EUR. Bereits gezahlte Beträge rechnen wir an.

Sonstiges

Die Regelungen der Risikoversicherungsbedingungen gelten auch für den vorläufigen Versicherungsschutz. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.

Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dies auch für Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

SEPA-Mandatserteilung

Kontoinhaber/Zahlungsgläubiger
HanseMercur Versicherungen
Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)
20354 Hamburg, Siegfried-Wedells-Platz 1
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74ZZZ00000066149
Mandatsreferenz ist die Versicherungsnummer und wird beim Neugeschäft nachträglich bekannt gegeben.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die HanseMercur Versicherungen GbR zugunsten der im Antrag genannten HanseMercur Lebensversicherung AG Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die von HanseMercur Versicherungen GbR auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Fristverkürzung für Vorabankündigung:

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Frist für die Vorabankündigung im Rahmen des SEPA-Lastschriftverfahrens auf 5 Kalendertage verkürzt wird.