

Antrag auf Abschluss einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung mit Absicherung des Dienstunfähigkeitsrisikos

Beantragter Versicherungsbeginn

TT MM JJ JJ

Versicherungsnummer Abschlussverm. AD-Nr. Bestandsbetr. AD-Nr.

AD-Versand ja

Besteht für die zu versichernde Person bereits eine Krankenvollversicherung bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG oder ist diese beantragt. Ja Nein

(Wenn ja, bitte nennen Sie uns dazu die Versicherungsnummer oder das Datum des Antrags)

Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Alle im Antrag abgefragten Angaben sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. 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 Ihnen gesondert ausgehändigte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Den Inhalt dieser Mitteilung können Sie zusätzlich den Seiten 9 und 10 der Ihnen ausgehändigten Verbraucherinformation entnehmen.

Antragsteller/ Versicherungsnehmer

Herr
Frau

Titel Name Vorname
 Straße, Geburtsdatum
 Zustellergänzung Haus-Nr.
 Postleitzahl Wohnort
 Telefon* (privat) Telefon* (geschäftlich)
 E-Mail*

Beitragszahlung

Überweisung

Lastschrift

Mandat für SEPA-Basislastschriften für wiederkehrende Zahlungen

Wenn der Antragsteller nicht der Kontoinhaber ist, muss das Formular RW 010 (Mandatserteilung für abweichende Beitragszahler) ausgefüllt werden.

SEPA-Mandatserteilung siehe Schluss- erklärungen

IBAN Land Graue Felder nur für nicht deutsche IBAN erforderlich.
 Datum 1. Unterschrift des Antragstellers 

Zu versichernde Person

Herr
Frau

Titel Name Vorname
 Straße, Geburtsdatum
 Zustellergänzung Haus-Nr.
 Postleitzahl Wohnort
 Staatsangehörigkeit

Ausgeübte berufliche Tätigkeit(en) zum Zeitpunkt des beantragten Versicherungsbeginns.

Berufsschlüssel

Status Beamter auf Lebenszeit Beamter auf Widerruf (bis wann) Beamter auf Probe (bis wann)
 Beamter auf Zeit (bis wann) Richter

1. Anteil der Bürotätigkeit an einem festen Arbeitsplatz an der Gesamttätigkeit %

Geben Sie den prozentualen Anteil der üblicherweise in einem Büro (Innendienst) anfallenden Tätigkeiten an.

2. Anteil der körperlichen Tätigkeit an der Gesamttätigkeit %

Geben Sie den prozentualen Anteil der Tätigkeiten an, die üblicherweise nicht einer Bürotätigkeit zugeordnet werden können und keine reine Reisetätigkeit darstellen.

3. Anteil der Reisetätigkeit an der Gesamttätigkeit %

Hierzu zählen die Anteile der Dienstreisen.

4. Immer zu beantworten: Eintritt ins Beamtenverhältnis

Regelaltersgrenze: mit Jahren und Monaten (z. B. 66 Jahren und 4 Monaten)

Ein Einkommensnachweis des laufenden Jahres ist diesem Antrag immer beizufügen.

anrechenbare Dienstzeiten (vor Beginn des Beamtenverhältnisses,

z. B. Wehr- od. Zivildienst, Fach-/Hochschule) (in Monaten)

Elternzeiten/Beurlaubungen (Monate)

Besoldungsgruppe (z. B. A8, R1) Erfahrungsstufe

Aktuelle Ruhegehaltfähige Dienstbezüge insgesamt EUR monatlich

Tarif

Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung nach Tarif SBU mit folgenden beitragsrelevanten Tarifmerkmalen:

Akademiker ja nein

Kopie des Hochschulabschlusses bitte bei Antragstellung einreichen.

keine körperliche Tätigkeit ja nein

Das bedeutet 0 % körperliche Tätigkeiten und mindestens 75% der Arbeitszeit im Büro.

Führungskraft ja nein

Personalverantwortung für mindestens 5 festangestellte Vollzeitmitarbeiter. Auszubildende, Werkstudenten oder Praktikanten zählen nicht dazu.

Nichtraucher ja nein

Nichtraucher ist, wer innerhalb der letzten 24 Monate weder Zigaretten noch andere Tabakwaren geraucht oder konsumiert hat.

Arbeitsunfähigkeit ja nein

Leistung bei bedingungsgemäßer Arbeitsunfähigkeit für bis zu 24 Monate

Teilzeit ja nein

Der zu erreichende BU-Grad reduziert sich bei einer Teilzeitstelle.

Einsteigeroption ja nein

Der Beitrag reduziert sich in den ersten fünf Jahren um 50 Prozent.



Vertragslaufzeiten
 Beitragszahlung bis zum Risikodauer bis zum Leistungsdauer bis zum
Leistungen
 Garantierte Rente EUR zu Versicherungsbeginn fallend auf % bis zum Ende der Risikodauer

 Rentenzahlweise monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

 Dauer der Karenzzeit Monate Ist keine Dauer eingetragen, wird keine Karenzzeit beantragt.

Beitragsdynamik Jährliche Beitragserhöhung um %

Wurde kein Eintrag vorgenommen, erfolgt keine Erhöhung.

Leistungsdynamik Garantierte Rentenanpassung im Leistungsbezug %
Überschussverwendung
 In der Anwartschaft Beitragsverrechnung Sofortbonus
Bezugsrecht

Empfänger der Leistungen im Erlebensfall: die zu versichernde Person

Nur falls eine andere Person gewünscht ist, bitte die folgenden Felder ausfüllen:

 Herr
 Frau

 Titel Name Vorname
 Straße, Postfach/
 Zustellergänzung Haus-Nr. Geburtsdatum
 Postleitzahl Wohnort
Beitrag
Gesamtbeitrag EUR **Zahlbeitrag** EUR (nach Beitragsverrechnung von Überschüssen; nicht garantiert)

 gemäß 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 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 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.

 1.1. Bitte geben Sie Ihre derzeitigen Körpermaße an: Größe cm Gewicht kg

 1.2. Bestehen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (wie z.B. angeborene Erkrankungen, Missbildungen oder fehlende Gliedmaßen)? ja nein

Falls "ja", nennen Sie uns bitte die Beeinträchtigung, die Ursache und den Zeitpunkt des Auftretens:

 1.3. Besteht ein Grad einer Behinderung, Erwerbsminderung, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit, einer Dienstunfähigkeit oder einer Pflegebedürftigkeit? ja nein

Falls "ja", nennen Sie uns bitte was vorliegt und was die Ursache ist:

 1.4. Besteht bei Ihnen ein positiver Test auf HIV-Infektion oder warten Sie noch auf das Testergebnis? ja 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) ja nein

Falls "ja", welche und wann?

Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person

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? ja 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? ja 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) ja nein
- b) **Wirbelsäule oder Bandscheiben** (z. B. Bandscheibenvorfall, Nacken- oder Rückenschmerzen, Hexenschuss, Verschleiß, Rückgratverkrümmung, Wirbelgleiten, Wirbelversteifung) ja nein
- c) **Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen** (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Arthritis, rheumatische Beschwerden, Verschleiß, Frakturen, Knieverletzungen, Beinverkürzungen, Bänderverletzungen, Hüftfehlstellungen, Schulter-Arm-Syndrom) ja nein
- d) **Krebs, Tumore oder Gewebsneubildungen** (z. B. Brustkrebs, Hautkrebs, Karzinom, Melanom, Geschwülste, Zysten) ja nein
- e) **Gehirn oder Nervensystem** (z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Lähmungen, Parkinson, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom , mehrere Tage andauernde Kopfschmerzen, Migräne) ja nein
- f) **Herz oder Kreislauforgane** (z. B. Bluthochdruck, Schwindel, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelschaden, Schlaganfall, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Venenleiden, Thrombose) ja nein
- g) **Magen, Speiseröhre, Darm, Galle, Leber oder Bauchspeicheldrüse** (z. B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre, Fettleber, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, entzündliche Darmerkrankungen) ja nein
- 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) ja nein
- i) **Atmungsorgane** (z. B. Lungen- oder Rippenfellentzündung, Bronchitis, Schlafapnoe, Asthma, Allergie, Atemstörungen, Post-Covid-Syndrom) ja nein
- j) **Stoffwechsel** (z. B. Diabetes, Gicht, erhöhte Blutfettwerte, Schilddrüsenerkrankungen) ja nein
- k) **Blut, Drüsen oder Milz** (z. B. Anämien, Gerinnungsstörung, Blutkrebs, Bluterkrankheit) ja nein
- l) **Allergien** (z. B. allergisches Asthma, Nahrungsmittelallergien, Kontaktallergien) ja nein
- m) **Autoimmunerkrankungen** (z. B. Lupus erythematodes, Morbus-Bechterew, Polyarthritis) ja nein
- n) **Infektionen** (z. B. Covid-19, Hepatitis, Malaria, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten) ja nein
- o) **Unfälle oder Vergiftungen** ja nein
- p) **Haut** (z. B. Ekzeme, Neurodermitis, Schuppenflechte) ja nein
- q) **Augen** (z.B. erhöhter Augendruck, Sehstörungen, Hornhaut- oder Netzhauterkrankungen, Grauer Star, Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien) ja nein
- r) **Ohren** (z. B. Hörminderung, Hörsturz, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel) ja nein
- 1.9 Nehmen oder nahmen Sie Drogen oder Betäubungsmittel oder haben Sie deswegen eine Suchtberatung in Anspruch genommen? ja 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? ja nein
- 1.11 Haben Sie über einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen täglich Medikamente oder apothekenpflichtige Arzneimittel eingenommen? ja nein
- 1.12 Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?
Name, Anschrift und Telefonnummer des Hausarztes bzw. behandelnder Fachärzte oder Heilpraktiker:
- _____

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!

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 Versicherungen für den Fall der Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit, ja nein Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung, oder haben Sie solche in den **letzten 5 Jahren** beantragt?

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 monatlichen Rente?	Jahr des Abschlusses	Ist der Antrag aktiv, aktuell beantragt oder gekündigt?

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

Falls ja, welchen?

2.3 Beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten länger als 3 Monate außerhalb Europas aufzuhalten? ja nein

Wenn ja, bitte Ort, Dauer und Grund des Auslandsaufenthalts angeben.

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

Bitte immer beantworten (zusätzliche Angaben)

Wer hat die Angaben zum Gesundheitszustand in dieses Formular eingetragen?

Die zu versichernde Person oder 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 PD _____

- 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

X

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die **Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen**. 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 Spezialer Krankenversicherung AG,
HanseMerkur Lebensversicherung AG, HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG,
HanseMerkur Reiseversicherung AG, Advigon Versicherung AG, HanseMerkur International AG,
H.B.C. Hanse Betreuungszentrum 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

X

Unterschrift der zu versichernden Person (unter 18 Jahren auch deren gesetzlicher Vertreter)

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 für ein anderes Lebensversicherungsunternehmen ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig.
- Den Antrag kann der Versicherte 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 Dienstunfähigkeitsversicherungen aus den Beiträgen die Abschluss- und Verwaltungskosten sowie die Kosten zur Deckung der Versicherungsfälle (Risikobeiträge) entnommen werden. Deshalb stehen keine oder geringe Beträge für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung.
- Ich werde an den Überschüssen des Versicherungsunternehmens beteiligt. Die Höhe der Überschussbeteiligung wird jährlich neu festgelegt.
- 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.
- Definitionen keine körperliche Tätigkeit, Führungskraft, Akademiker und Nichtraucherstatus**
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.
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 Rauchgeräten und Verdampfern (z.B. E-Zigaretten, E-Zigaren, E-Shishas, IQOS) sowie die Aufnahme von Nikotin in anderer Weise (z.B. Nikotinpflaster, Nikotinkaugummi, Schnupf- oder Kautabak).
- 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).
- 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. entfällt

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 Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

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 aufsichtsrechtlicher 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 berechnete 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 Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher 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 Aufstellung 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.

Schlussfolgerungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Beschwerderecht

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

Datenaustausch mit Ihrem frheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles berprfen und bei Bedarf ergnzen zu knnen, kann im dfur erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten frheren Versicherer erfolgen.

E. Einwilligung zur Bonittsauskunft

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zum Zwecke der Entscheidung ber die Begrndung und Durchfhrung eines Vertragsverhltnisses Informationen ber mein Zahlungsverhalten und meine Zahlungsfhigkeit (Bonittsdaten) bei Auskunfteien wie z. B. Schufa, Infoscure oder Creditreform einholt. Dabei kann die Auskunft bei dem Versicherer ergnzend 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 behlt sich der Versicherer die Mglichkeit des Rcktritts vom oder die Anfechtung des Vertrags vor.

F. entfällt

G. Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklrung

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

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

Die Erklrungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschtzten Daten

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

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

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 knftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprfung sowie zur Begrndung, Durchfhrung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

Fr die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die ber Ihre Gesundheitsdaten verfgen. Auerdem kann es zur Prfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die HanseMerkur die Angaben ber Ihre gesundheitlichen Verhltnisse prfen muss, die Sie zur Begrndung von Ansprchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstiger Angehoriger eines Heilberufs ergeben.

Diese berprfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die HanseMerkur bentigt hierfr Ihre Einwilligung einschlieglich einer Schweigepflichtentbindung fr sich sowie fr diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschtzte Informationen weitergegeben werden mssen.

Ich wnsche, dass mich die HanseMerkur in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft bentigt 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 bermittlung meiner Gesundheitsdaten an die HanseMerkur einwillige oder
- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzgerung der Antragsbearbeitung oder der Prfung der Leistungspflicht fhren kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklrungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie fr einen Zeitraum von fnf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss fr die HanseMerkur konkrete Anhaltspunkte dfur, dass bei der Antragstellung vorsztlich unrichtige oder unvollstndige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklrungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklrungen fr den Fall Ihres Todes

Zur Prfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prfen. Eine Prfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss fr die HanseMerkur konkrete Anhaltspunkte dfur ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollstndige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dfur bedrfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit zur Prfung der Leistungspflicht bzw. zu einer erforderlichen erneuten Antragsprfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden mssen, geht die Entscheidungsbefugnis ber Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklrungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begnstigten des Vertrags ber.

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

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Fr die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die HanseMerkur bentigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschtzte Daten bermittelt werden. Sie werden ber die jeweilige Datenbermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter bermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprfung oder der Prfung der Leistungspflicht erforderlich ist, und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die HanseMerkur zurckbermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschtzte Daten entbinde ich die fr die HanseMerkur ttigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die HanseMerkur fhrt 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 bertrgt die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschtzten Daten weitergegeben, bentigt die HanseMerkur Ihre Schweigepflichtentbindung fr sich und, soweit erforderlich, fr die anderen Stellen.

Die HanseMerkur fhrt eine fortlaufend aktualisierte Liste ber die Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemf Gesundheitsdaten fr die HanseMerkur erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der bertragenen Aufgaben. Die derzeitige Liste kann im Internet unter www.hansemerkur.de/service/datenschutz eingesehen oder bei der Hauptverwaltung angefordert werden. Fr die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen bentigt die HanseMerkur Ihre Einwilligung.

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

3.3. Datenweitergabe an Rckversicherungen

Um die Erfllung Ihrer Ansprche abzuschern, kann die HanseMerkur Rckversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fllen bedienen sich die Rckversicherungen dfur weiterer Rckversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten bergeben. Damit sich die Rckversicherung ein eigenes Bild ber das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es mglich, dass die HanseMerkur Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rckversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darber hinaus ist es mglich, dass die Rckversicherung die HanseMerkur aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensablfuren untersttzt.

Haben Rckversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, knnen sie kontrollieren, ob die HanseMerkur das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschzt hat.

Auerdem werden Daten ber Ihre bestehenden Vertrge und Antrge im erforderlichen Umfang an Rckversicherungen weitergegeben, damit diese berprfen knnen, ob und in welcher Hhe sie sich an dem Risiko beteiligen knnen. Zur Abrechnung von Prmiezahlungen und Leistungsflllen knnen Daten ber Ihre bestehenden Vertrge an Rckversicherungen weitergegeben werden.

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

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rckversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. ber die bermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rckversicherungen werden Sie durch die HanseMerkur unterrichtet

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rckversicherungen bermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die fr die HanseMerkur ttigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschtzter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbststndige Vermittler

Die HanseMerkur gibt grundsztlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbststndige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fllen dazu kommen, dass Daten, die Rckschlusse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemf § 203 StGB geschtzte Informationen ber Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlusse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfahrt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfahrt er auch, ob Risikozuschlge oder Ausschlusse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur bermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen ber bestehende Risikozuschlge und Ausschlusse 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 Widerspruchsmglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschtzten Daten in den oben genannten Fllen – soweit erforderlich – an den fr mich zustndigen selbststndigen Versicherungsvermittler bermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden drfen.

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 Risikoprfung erhobenen Gesundheitsdaten fr den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die HanseMerkur speichert Ihre Daten auch, um mgliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu knnen. Ihre Daten werden bei der HanseMerkur bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Schlussertklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

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.

H. Einwilligung zum Datenabruf von Gesundheitsdaten bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG

Im Rahmen der **Antragsprüfung** benötigen wir noch eine ergänzende Auskunft von der HanseMerkur Krankenversicherung AG. Wir wollen uns dazu an die HanseMerkur Krankenversicherung AG wenden.

Widerrufsmöglichkeit zur Schweigepflichtentbindungserklärung

Sie haben uns Ihre Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung (siehe Abschnitt G. dieser Schlussertklärungen) erteilt, haben aber jetzt nochmal die Möglichkeit, gemäß § 213 Versicherungsvertragsgesetz der Erhebung dieser Daten zu widersprechen.

Bei fehlendem Widerruf erklären Sie sich damit ausdrücklich einverstanden, dass Sie die Schweigepflichtentbindung von Abschnitt G. aufrechterhalten. Hierdurch ist es uns möglich, Ihre Daten zweckentsprechend zu verwenden. Im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinden Sie daher die für die HanseMerkur tätigen Personen weiterhin von ihrer Schweigepflicht.

Im Falle der Aufrechterhaltung handeln wir bei der Weitergabe Ihrer Daten an Dritte stets nach den gesetzlichen Bestimmungen.

Ich habe mein Widerrufsrecht zur Kenntnis genommen und willige ein, dass die HanseMerkur Lebensversicherung AG Daten zur Antragsprüfung bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG abrufen darf.

Auch zur Leistungsprüfung ist ein Datenabruf bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG notwendig.

Ich willige ein, dass die HanseMerkur Lebensversicherung AG zum Zwecke der Prüfung der Leistungspflicht die von mir der HanseMerkur Krankenversicherung AG mitgeteilten Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang verarbeitet.

SEPA-Mandatserteilung

Kontoinhaber/Zahlungsgläubiger
HanseMerkur 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 HanseMerkur Versicherungen GbR zugunsten der im Antrag genannten HanseMerkur Lebensversicherung AG Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die von HanseMerkur 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.