

## Antrag auf Abschluss einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung

Beantragter Versicherungsbeginn

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

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

AD-Versand  ja

Identifikations-Nr./Kooperations-/Gruppenversicherungspartner	Mitarbeiter bei Kooperations-/Gruppenversicherungspartner	Fremdvermittler-Nr.	Fremdantrags-Nr.

### 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, Postfach/  
 Zustellergänzung \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum TT.MM.JJJJ  
 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, Postfach/  
 Zustellergänzung \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum TT.MM.JJJJ  
 Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

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

Diese Angaben beziehen sich auf meinen Hauptberuf. Ich übe keine weiteren Beruf oder Nebenberuf aus. Sofern ein weiterer Beruf ausgeübt wird, ist ein zusätzlicher Fragebogen einzureichen.

Status  Arbeitnehmer  Selbstständiger/Freiberufler  Rentner/Pensionär  Kind/Schüler  
 Beamter  Nicht erwerbstätig  Student/Auszubildender/Beamtenanwärter

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. Bitte geben Sie Ihr Jahresbruttoeinkommen einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld für das laufende Jahr und die zwei vorhergehenden Jahre an. Bei Selbstständigen gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb oder aus selbstständiger Tätigkeit als Einkommen.

Jahr \_\_\_\_\_ Einkommen jährlich \_\_\_\_\_ EUR

Jahr \_\_\_\_\_ Einkommen jährlich \_\_\_\_\_ EUR

Jahr \_\_\_\_\_ Einkommen jährlich \_\_\_\_\_ EUR

**Ab einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von mehr als 24.000,- EUR sind Einkommensnachweise des laufenden Jahres und der vergangenen zwei Jahre erforderlich.**



ML 513 01.25 PDF A - 002639 - 095 - 000290 - 000000000001 (e)


<b>Tarif</b>	Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung nach Tarif SBU mit folgenden beitragsrelevanten Tarifmerkmalen:	
Akademiker	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kopie des Hochschulabschlusses bitte bei Antragstellung einreichen.
keine körperliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Das bedeutet 0 % körperliche Tätigkeiten und mindestens 75% der Arbeitszeit im Büro.
Führungskraft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Personalverantwortung für mindestens 5 festangestellte Vollzeitmitarbeiter. Auszubildende, Werkstudenten oder Praktikanten zählen nicht dazu.
Nichtraucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nichtraucher ist, wer innerhalb der letzten 24 Monate weder Zigaretten noch andere Tabakwaren geraucht oder konsumiert hat.
Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leistung bei bedingungsgemäßer Arbeitsunfähigkeit für bis zu 24 Monate
Teilzeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Der zu erreichende BU-Grad reduziert sich bei einer Teilzeitstelle.
Einsteigeroption	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Der Beitrag reduziert sich in den ersten fünf Jahren um 50 Prozent.
Ausführlichere Definitionen siehe Schlusserklärungen		

<b>Vertragslaufzeiten</b>	Beitragszahlung bis zum <input type="text" value="TT.MM.JJJJ"/>	Risikodauer bis zum <input type="text" value="TT.MM.JJJJ"/>	Leistungsdauer bis zum <input type="text" value="TT.MM.JJJJ"/>
<b>Leistungen</b>	Garantierte Rente <input type="text" value="EUR"/>	Rentenzahlweise <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	
	Dauer der Karenzzeit <input type="text" value="Monate"/>	Ist keine Dauer eingetragen, wird keine Karenzzeit beantragt.	
	<b>Beitragsdynamik</b> Jährliche Beitragserhöhung um <input <="" input="" type="text" value="%"/>	Wurde kein Eintrag vorgenommen, erfolgt keine Erhöhung.	
	<b>Leistungsdynamik</b> Garantierte Rentenanpassung im Leistungsbezug <input <="" input="" type="text" value="%"/>		

<b>Überschussverwendung</b>	<b>In der Anwartschaft</b> <input type="checkbox"/> Beitragsverrechnung <input type="checkbox"/> Sofortbonus
-----------------------------	--

<b>Bezugsrecht</b>	Empfänger der Leistungen im Erlebensfall: die zu versichernde Person	
	<b>Nur</b> falls eine andere Person gewünscht ist, bitte die folgenden Felder ausfüllen:	
Herr <input type="checkbox"/>	Titel <input type="text"/>	
Frau <input type="checkbox"/>	Name <input type="text"/>	
	Vorname <input type="text"/>	
	Straße, Postfach/ Zustellergängung <input type="text"/>	
	Haus-Nr. <input type="text"/>	
	Geburtsdatum <input type="text" value="TT.MM.JJJJ"/>	
	Postleitzahl <input type="text"/>	
	Wohnort <input type="text"/>	

<b>Beitrag</b>	Gesamtbeitrag gemäß Zahlweise <input type="text" value="EUR"/>	Zahlbeitrag gemäß Zahlweise <input type="text" value="EUR"/>	(nach Beitragsverrechnung von Überschüssen; nicht garantiert)
	Zahlweise <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> 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.

---

- Bitte geben Sie Ihre derzeitigen Körpermaße an: Größe  cm Gewicht  kg
- 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:
- 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:
- Besteht bei Ihnen ein positiver Test auf HIV-Infektion oder warten Sie noch auf das Testergebnis?  ja  nein
- 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?  ja  nein  
Der Vermittler?  ja  nein

**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 **PB** \_\_\_\_\_

- 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**. 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 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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

VM-Nr.

\_\_\_\_\_

# 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 Berufsunfähigkeitsversicherungen 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 und weitere risikorelevante Angaben**  
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. Auszubildende, Werkstudenten oder Praktikanten zählen nicht dazu.  
**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-Zigarren, 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).

## 12. 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](http://www.versicherungsombudsmann.de)  
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Bereich Versicherungen  
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, [www.bafin.de](http://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](mailto:info@hansemerkur.de)

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse oder per E-Mail unter: [datenschutz@hansemerkur.de](mailto: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](http://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.

### 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 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. 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](http://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.

# Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

## 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 Versicherungsfalles 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, Infoscore oder Creditreform einholt. Dabei kann die Auskunft 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 Schweigepflichtentbindungserklärung

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 Schweigepflichtentbindung, 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 Schweigepflichtentbindung 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. Ergeben 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 Schweigepflichtentbindung.

**Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. zu einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen 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 Schweigepflichtentbindung, 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.**

#### 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](http://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.**

# Schlussfolgerungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

## 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.**

### SEPA-Mandaterteilung

Kontoinhaber/Zahlungsgläubiger  
HanseMerkur Versicherungen  
Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)  
20354 Hamburg, Siegfried-Wedells-Platz 1  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74ZZZ0000066149  
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.