

ANTRAG

RISIKO

ANTRAGSTELLUNG LEICHT GEMACHT

**Sie können Ihre Versicherung bei der Hannoverschen ganz einfach beantragen.
Die Erläuterungen zu den Ziffern 1–9 erleichtern das Ausfüllen.**

1 Versicherungsnehmer/-in ist, wer die Versicherung abschließt, über sie verfügen kann und zur Beitragszahlung verpflichtet ist. Zur einfacheren Vertragsführung nennen Sie uns bitte auch bei Partnertarifen nur eine Person.

Sind Versicherungsnehmer/-in und versicherte Person nicht identisch, können Sie schon jetzt für den Fall des Ablebens des Versicherungsnehmers vor der versicherten Person eine „aufschiebend bedingte“ Versicherungsnehmer-Übertragung vereinbaren. Die folgende Erklärung befindet sich in den „Allgemeinen Erklärungen“:

Rechtsnachfolge bei privaten Versicherungen: Beim Tod des Versicherungsnehmers, der nicht gleichzeitig auch versicherte Person ist, wird die versicherte Person Versicherungsnehmer, sofern bis dahin nichts anderes bestimmt ist. Bitte beachten Sie: Wir sind verpflichtet, eine Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft der Finanzbehörde zu melden.

2 Versicherte Person(en): Auf ihr Leben wird die Versicherung abgeschlossen; nach ihrem Alter wird der Beitrag berechnet. Die Fälligkeit von Leistungen hängt von der versicherten Person ab. Die vereinbarte Todesfallleistung zahlen wir, wenn die versicherte Person stirbt.

3 Kreuzen Sie bitte den Tarif an, den Sie aus unseren Vorschlägen gewählt haben.

4 Versicherungsbeginn kann jeder Monatserste sein, jedoch kein Tag innerhalb eines Monats.

5 Der Zahlbeitrag ist der Beitrag, der tatsächlich zu entrichten ist. Er ist für das laufende Geschäftsjahr garantiert und kann sich in den Folgejahren ändern, jedoch nie höher ausfallen als der im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten ausgewiesene Tarifbeitrag. Zudem kann sich der Beitrag nach Antragsprüfung noch ändern (etwa durch Gesundheitsrisiken).

6 Die **Dynamisierung** einer Ablebensversicherung T1/T1-Plus/T1-Exklusiv ist für anfängliche Versicherungssummen bis 350.000 EUR möglich. Die jährliche Erhöhung beträgt 3 % der Versicherungssumme. Dies führt zu einer Erhöhung der Beiträge. Sie können die dynamischen Anpassungen jederzeit kostenlos aussetzen oder beenden. Einzelheiten entnehmen Sie den Allgemeinen Bedingungen für die Ablebensversicherung. Eine eingeschlossene Unfalltod-Zusatzversicherung wird nicht dynamisiert.

7 Bezugsberechtigt ist, wer die Versicherungsleistung bei Ablauf oder Tod der versicherten Person erhalten soll. Klare Formulierungen helfen, um den Bezugsberechtigten zweifelsfrei identifizieren zu können. Nennen Sie uns die Person(en), die Sie begünstigen wollen, mit Vor- und Zunamen, Geburtsnamen und Geburtsdaten.

8 Sollten eine **ärztliche Untersuchung** oder weitere Gesundheitserklärungen erforderlich sein, erhalten Sie von uns die dazu notwendigen Unterlagen.

9 Bitte die Bestätigungen und Unterschriften auf der letzten Seite nicht vergessen!

Für die Ablebensversicherung gilt sofort ab Antragseingang vorläufiger Versicherungsschutz gemäß Bedingungen.

Unsere Versicherungsbedingungen

Die nachstehend aufgeführten Versicherungsbedingungen gelten für diesen Antrag:
Allgemeine Bedingungen für die Ablebensversicherung

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz
Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung
Besondere Bedingungen für die Unfalltod-Zusatzversicherung

Gültig für die Tarife:
T1, T1-Plus, T1-Exklusiv, TP1, TP1-Plus, T3, T3-Plus,
T3-Exklusiv, T4, T4-Plus, T4-Exklusiv, T7, T7-Plus,
T7-Exklusiv, T8, T8-Plus, T8-Exklusiv
alle außer UZ
BZ
UZ

Bitte füllen Sie den Antrag sorgfältig mit blauem oder schwarzem Kugelschreiber in Großbuchstaben aus. Zutreffendes ankreuzen. Beachten Sie auch die Hinweise und Erläuterungen, insbesondere zu den Hinweisziffern, auf der vorherigen Seite.

Beantragt werden nur Versicherungen, die angekreuzt sind.

ANTRAG AUF ABLEBENSVERSICHERUNG



Bereits versichert / Nr.								-		Vermittler-Nr.	V	L					-		
Ihr Zeichen 1										Ihr Zeichen 2									

VERSICHERUNGSNEHMER (VN) 1 Bei Partnersversicherung = 1. versicherte Person

	Frau	Herr																						
Anrede																								
Vorname																								
Nachname																								
Straße																								
Postleitzahl											Hausnummer													
Geburtsdatum	T	T	M	M	J	J	J	J	Wohnort									Staatsangehörigkeit						
Geburtsland																								
Telefon tagsüber*																								
E-Mail*																								
Derzeitige Berufstätigkeit																								

VERSICHERTE PERSON 2 Wie Versicherungsnehmer Bei Partnerversicherung = 2. versicherte Person

Anrede	☐ Frau	☐ Herr																														
Vorname																																
Nachname																																
Straße	Hausnummer																															
Postleitzahl					Wohnort																											
Geburtsdatum	T	T	M	M	J	J	J	J	Staatsangehörigkeit																							
Geburtsland																																
Telefon tagsüber*													Fax*																			
Familienstand	☐ Single bzw. allein- oder getrennt lebend								☐ verheiratet oder zusammenlebend								☐ sonstiges								*freiwillige Angabe							
Anzahl minderjähriger Kinder im gleichen Haushalt	☐ 0								☐ 1				☐ 2				☐ 3				☐ 4 und mehr											
Berufstätigkeit																																
Berufsstatus																																
☐ Selbständige(r) / Freiberufler								☐ Beamte(r)				☐ Angestellte(r)				☐ Arbeiter(in)				☐ Hausfrau/-mann / in Elternzeit												
☐ Student(in)								☐ Schüler(in)				☐ Auszubildende(r)				☐ arbeitslos / arbeitssuchend				☐ Sonstiges												
Höchster Bildungsabschluss																																
☐ Studium (Hochschule, Fachhochschule)								☐ Hochschul-/Fachhochschulreife								☐ Meisterprüfung																
☐ Berufsausbildung/Berufsakademie								☐ Schulabschluss								☐ ohne Abschluss																

VERSICHERUNGSUMFANG **3** (Gewinnverwendung Sofortgutschrift) Vorläufiger Versicherungsschutz gem. Bedingungen

Tarif	Summenverlauf	Beitragszahlungsart
T1	konstant	konstant
TP1 (Partner)	konstant	konstant
T3	linear fallend	risikoadäquat
T4	nach Tilgungsplan fallend	risikoadäquat
T7	linear fallend	konstant
T8	nach Tilgungsplan fallend	konstant

☐ Als Plus-Tarif
 ☐ Als Exklusiv-Tarif (nicht bei TP1)

☐ Als Kollektivtarif (zu Tarif T1, T1-Plus)

Für Nichtraucher ☐ seit 10 Jahren ☐ seit 12 Monaten (siehe Nichtrauchererklärung)

Bei T4/T8: Zinssatz % Tilgungssatz %

Tilgungsfreie Anfangsjahre (möglich bei T3, T4, T7, T8): Jahre (max. 5 J.)

4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---

Zahlbeitrag gesamt / EUR gem. Zahlungsweise 5

Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann es in Einzelfällen zu geringfügigen Abweichungen zwischen dem Angebot und den im Versicherungsschein verbindlich dokumentierten Werten kommen.

DYNAMIK 6 ☐ Ja, meine Versicherungssumme soll jährlich um 3 % wachsen (nur möglich bei den T1-Tarifen und Versicherungssummen bis maximal 350.000 EUR). Diese Erhöhungen erfolgen ohne weitere Gesundheitsprüfung. Die Dynamik kann ich jederzeit widerrufen.

BEZUGSRECHT 7

Bezugsberechtigt für alle Leistungen, die aus der Versicherung fällig werden, ist a) der Versicherungsnehmer, b) falls verstorben, ist es:

Name

Geburtsdatum

T

T

M

M

J

J

J

J

RISIKO- UND GESUNDHEITSERKLÄRUNG DER VERSICHERTEN PERSON 8

WICHTIGER HINWEIS ZU DEN FOLGEN EINER ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG:

Im Rahmen der Antragsprüfung bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten. Wichtig dabei ist, dass Sie uns **alle** Ihnen bekannten Gefahrumstände vollständig und richtig angeben, auch wenn Sie ihnen keine oder nur eine geringe Bedeutung beimessen. Um Ihnen einen bedarfsgerechten Versicherungsschutz bieten zu können, fragen wir Sie daher nachfolgend nach Umständen, die Einfluss auf einen möglichen Eintritt des versicherten Risikos haben könnten. Wenn wir Sie nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in geschriebener Form nach Gefahrumständen fragen, sind auch diese Fragen vollständig und richtig zu beantworten.

Wenn Sie eine oder mehrere der folgenden Fragen bejahen, benötigen wir weitere Erläuterungen. Reicht der Raum für die Beantwortung nicht aus, fügen Sie bitte ein zusätzliches Blatt bei und verweisen darauf.

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder unvollständig beantworten, kann die Hannoversche Lebensversicherung AG vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, ihn kündigen oder ihn anpassen, was zu unserer Leistungsfreiheit – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – führen kann (bitte beachten Sie dazu die ausführlichen Hinweise des Merkblatts zur Anzeigepflichtverletzung auf Seite 1 des beigefügten Heftes „Bedingungen und Informationen“).

Wichtiger Hinweis!

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 5 Jahre:

1. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Heilbehandler, Therapeuten (also auch Psychotherapeuten und Psychologen) untersucht, beraten oder behandelt worden hinsichtlich:

- a) des Herzens, des Kreislaufs, der Gefäße (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Durchblutungsstörung, Venenentzündung, Thrombose, Lymphödem / Schwellungen, Schlaganfall)?

☐ Nein ☐ Ja
- b) Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Emphysem, Schlafapnoe, Covid-19, COPD / chronisch obstruktive Lungenerkrankung)?

☐ Nein ☐ Ja
- c) Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Leber (z. B. Magengeschwür, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Fettleber, Darmentzündungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Ösophagusvarizen / Krampfadern der Speiseröhre)?

☐ Nein ☐ Ja
- d) Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z. B. Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystennieren, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung, Zysten)?

☐ Nein ☐ Ja
- e) des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)?

☐ Nein ☐ Ja
- f) Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörungen, Schilddrüsenknoten)?

☐ Nein ☐ Ja
- g) akuter oder chronischer Infektionen (z. B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, HIV / AIDS)?

☐ Nein ☐ Ja
- h) der Psyche (z. B. Angststörung, Depression, Neurose, Psychose, Essstörung, Überlastungszustand / Erschöpfung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Burn-out-Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch)?

☐ Nein ☐ Ja
- i) des Gehirns, Rückenmarks, Nervensystems oder neurologischer Art (z. B. Hirnleistungsstörungen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Multiple Sklerose, Migräne oder Kopfschmerzen über dreimal im Monat)?

☐ Nein ☐ Ja

Wichtig: Falls Sie eine oder mehrere Fragen mit ja beantwortet haben, so machen Sie bitte dazu genauere Angaben (ggf. gesondertes Blatt nutzen):

Nähere Angaben zu Frage:

– Art, Verlauf, Folgen (z. B. Störung oder Beschwerden)
– Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?
– Wann? Wie oft? Wie lange?
– Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)

☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

Nähere Angaben zu Frage:

– Art, Verlauf, Folgen (z. B. Störung oder Beschwerden)
– Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?
– Wann? Wie oft? Wie lange?
– Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)

☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

Nähere Angaben zu Frage:

– Art, Verlauf, Folgen (z. B. Störung oder Beschwerden)
– Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?
– Wann? Wie oft? Wie lange?
– Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)

☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

2. Bestehen oder bestanden darüber hinaus bei Ihnen in den letzten drei Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden? ☐ Nein ☐ Ja

Hierzu zählen Engegefühl im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörungen, Sehstörungen, Blut im Stuhl, im Urin oder im Auswurf (Husten), psychische Erschöpfungszustände, Angstzustände, wiederkehrende Schmerzzustände ungeklärter Ursache, Lymphknotenschwellungen, Brustknoten (Selbstertastung), Geschwürbildung, Veränderungen der Haut bzw. der Leberflecken, Schluckstörungen, Gefühlsstörungen oder Lähmungen, Abnahme der körperlichen bzw. psychischen Belastbarkeit, ungewollte Gewichtsabnahme von mehr als fünf Kilogramm.

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

– Art, Verlauf, Folgen (z. B. der Krankheit, Störung)
– Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?
– Wann? Wie oft? Wie lange?
– Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)

☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

3. Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre länger als 2 Wochen fortdauernd Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Weshalb?
- Wann? Wie oft? Wie lange?
- Welche Medikamente?

4. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Betäubungsmittel oder Drogen ein oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Drogen oder Betäubungsmittel beraten oder behandelt?

☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Welche Betäubungsmittel oder Drogen?
- Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)

5. Wurden in den letzten 5 Jahren Kontroll-/Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt?

☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Grund für die Kontrolle/Nachsorge?
- Welche Grunderkrankung/Störung lag diesen Untersuchungen zugrunde?

Die folgende Frage bezieht sich auf den Zeitraum der letzten 10 Jahre:

6. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen?

☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Art, Verlauf, Folgen (z. B. der Krankheit, Störung)
- Ergebnis der Untersuchung, Beratung, Behandlung?
- Wann? Wie oft? Wie lange?
- Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)

– Bestehen noch Beschwerden und /oder Folgen?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

Allgemeine Fragen zur Gesundheit:

7. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB), ein Grad der Behinderung (GdB), ein Grad der Schädigungsfolge (GdS) oder besteht oder bestanden in den letzten 5 Jahren Gesundheitsstörungen, weswegen ein Antrag auf Schwerbehinderung gestellt wird oder gestellt wurde?

☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

- Welche Gesundheitsstörungen?
- Welcher Grad der Störungen?

8. Wie groß und wie schwer sind Sie?

Bitte machen Sie hier Ihre Angaben:

Größe:

cm

Gewicht:

kg

9. Sind Sie Nichtraucher? (Bitte beachten Sie ggf. die Nichtrauchererklärung.)

- ☐ Ja, ich habe noch nie geraucht.
- ☐ Ja, seit mind. 10 Jahren.
- ☐ Ja, seit mind. 3 Jahren.
- ☐ Ja, seit mind. 12 Monaten.
- ☐ Nein, ich bin Raucher.

Wie viele Zigaretten/Zigarren/Zigarillos/
E-Zigaretten rauchen Sie im Schnitt täglich?

Stück

10. Welcher Arzt kann am besten über Ihren Gesundheitszustand Auskunft geben (z. B. Hausarzt)?

Bitte geben Sie hier Name und Anschrift des Arztes an:

Fragen zu Sport, Hobby, Freizeit und Auslandsaufenthalten:

11. Sind Sie privat Gefahren ausgesetzt?

☐ Nein ☐ Ja

Hierzu zählen das Fahren eines motorisierten Zweirades über 50 ccm, eines Quads oder Trikes (auch Saisonfahrer), Tauchsport (außer reines Schnorcheln), Bergsport (außer reine Bergwanderungen auf gekennzeichneten Wanderwegen oder Klettern an künstlichen Kletterwänden), Flugsport (z. B. Drachen-, Gleitschirm-, Segelfliegen, Motorflug, Ultraleichtflug, Fallschirmspringen), Motorsport, Kampfsport, Vielseitigkeitsreiten.

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

– Welcher Art?

12. Werden Sie voraussichtlich in den nächsten 12 Monaten für länger als 6 Monate in das außereuropäische Ausland reisen?

☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

– Wann und wohin?

Fragen zu bestehenden Vorversicherungen:

13. Bestehen bei der Hannoverschen Leben oder bei anderen Gesellschaften bereits Lebensversicherungen oder haben Sie solche beantragt?

☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

– Bei welcher Gesellschaft?
– Höhe der Todesfallsumme?

Informationen rund um die Themen Datenerhebung und Datenschutz können Sie bequem auf unserer Homepage www.hannoversche.at unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Gentests
Die Hannoversche Lebensversicherung AG darf nach dem österreichischen Gentechnikgesetz (GTG) von dem Antragsteller oder der zu versichernden Person weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrags die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen. Auch darf sie weder die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen noch solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden. Vorerkrankungen und bestehende Erkrankungen sind jedoch anzuzeigen; insoweit sind die vorvertraglichen Anzeigepflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz zu beachten.

SEPA-BASIS-LASTSCHRIFTMANDAT

Für diesen Vertrag wird das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren vereinbart. Zu diesem Zweck erteile ich/erteilen wir der Hannoverschen Lebensversicherung AG folgendes SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige/Wir ermächtigen Sie, Zahlungen von meinem/unserem unten angegebenen Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Hiermit weise ich mein/weisen wir unser unten genanntes Geldinstitut zugleich an, die von Ihnen 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 Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN

Bitte nur angeben, wenn der Beitragszahler/Kontoinhaber **nicht** Versicherungsnehmer ist:

Vorname

Nachname

Ort, Datum und Unterschrift des Beitragszahlers (wenn **nicht** Versicherungsnehmer)

(Nach dem Geldwäschegesetz muss in diesem Fall der Versicherungsnehmer gesondert identifiziert werden.)

SEPA-Basis-Lastschriftmandat gilt widerruflich für ☐ alle meine Verträge, die bei der Hannoverschen Leben bestehen ☐ nur für diesen Vertrag

Geldwäschegesetz
Vertragsabschluss und Beitragszahlung erfolgen auf meine/unsere eigene Veranlassung. ☐ Nein, ich wurde/wir wurden hierzu beauftragt von:

Vorname

Nachname

Anschrift

Beziehung zu dieser Person

Politisch exponierte Person
Ich bestätige, dass weder ich noch ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter oder Bezugsberechtigter ein wichtiges öffentliches Amt ausüben oder in den letzten 12 Monaten ausgeübt haben („politisch exponierte Person“). Weder ich noch ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter oder Bezugsberechtigter sind Familienmitglieder oder stehen in Geschäftsbeziehung zu einer solchen Person. „Wichtig“ sind Ämter im In- und Ausland mit Entscheidungsbefugnis auf oberster Staatsebene sowie in entsprechenden Organen wie Bundesbehörden, Botschaften, Bundesgerichten oder Leitungsfunktionen in Bundes-Unternehmen.
☐ Nein, eine dieser Personen übt ein wichtiges öffentliches Amt aus.
Erläuterung

IDENTIFIZIERUNG NACH DEM GELDWÄSCHEGESETZ

Der Versicherungsnehmer wurde gemäß den Vorschriften des Geldwäschegesetzes persönlich identifiziert. Hierfür wurde ein gültiger Personalausweis/Reisepass/Österreichischer Führerschein im Original vorgelegt. Eine gut lesbare Kopie der Vor- und Rückseite des vorgelegten Dokuments inkl. aller personenbezogenen Daten ist diesem Antrag zwingend beizufügen.

Ort, Datum

Unterschrift des Vermittlers/Außendienstmitarbeiters der VHV-Gruppe

NICHTRAUCHERERKLÄRUNG DER VERSICHERTEN PERSON (gilt zusätzlich für Nichtraucher-Risikoversicherungen):

Ich bestätige, dass ich in dem von mir in der Gesundheitserklärung angegebenen Zeitraum vor Antragstellung aktiv nicht geraucht habe und Nichtraucher bin. Rauchen meint dabei zum einen das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen. Zum anderen fällt unter Rauchen auch die Verwendung elektrischer Verdampfer und Erhitzer, wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen sowie die Verwendung von Wasserpfeifen (zum Beispiel Shisha). Die Änderung dieses Nichtraucherstatus stellt eine Gefährerhöhung dar. Mir ist bewusst, dass die Hannoversche darauf vertraut, dass ich ohne ihre Einwilligung keine Gefährerhöhung vornehme. Die Rechtsfolgen dieser Gefährerhöhung (Herabsetzung der Versicherungssumme oder Beitragserhöhung) kann ich § 8 der Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung entnehmen. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, eine Änderung des Nichtraucherstatus (bei der Partner-Risikoversicherung auch die Änderung des Nichtraucherstatus nur einer versicherten Person) nachträglich unverzüglich schriftlich anzuzeigen und auf Anforderung eine medizinische Überprüfung des Nichtraucherstatus zu ermöglichen.

Unterschriften am Ende nicht vergessen!

WICHTIGE ERKLÄRUNGEN DES VERSICHERUNGSNEHMERERS UND DER VERSICHERTEN PERSON

ALLGEMEINE ERKLÄRUNGEN UND HINWEISE

Ich willige ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten von der Hannoversche Lebensversicherung AG unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- bei Basisrenten-Verträgen und Riesterrenten-Verträgen zur Übermittlung der Beitragsdaten an die zentrale Stelle,
- im Rahmen der Übersendung von Mitteilungen per E-Postbrief oder De-Mail, falls ich eines dieser Verfahren nutze.

Widerrufsbelehrung

Über die Fristen und sonstigen Voraussetzungen, wie Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen können, sowie über die Rechtsfolgen informieren wir Sie in der Verbraucherinformation und im Versicherungsschein.

Beitragszahlung an Vermittler

Sofern der Vermittler zum Inkasso nicht ausdrücklich ermächtigt wurde, ist er nach dem Vermittlervertrag zur Annahme von Beitragszahlungen nicht berechtigt.

Rechtsnachfolge bei privaten Versicherungen

Beim Tod des Versicherungsnehmers, der nicht gleichzeitig auch versicherte Person ist, wird die versicherte Person Versicherungsnehmer, sofern bis dahin nichts anderes bestimmt ist.

EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG VON GESUNDHEITSDATEN UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Hannoversche Lebensversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung mit Sitz in der Bundesrepublik Deutschland benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 deutsches Strafgesetzbuch (dStGB) geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an:

Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, D-30177 Hannover. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf zu richten an 0049 511 9565 565, bei einem Widerruf per E-Mail an antrag@hannoversche.de. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrags in der Regel nicht möglich sein wird.

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

- durch uns selbst (unter 1),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb unseres Unternehmens (unter 3) und
- wenn der 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 Hannoversche Lebensversicherung AG

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG 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 Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten – Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Daten –

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 wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, 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 sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich bzw. unerlässlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 dStGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

2.1. Bei Vertragsabschluss

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge (Gesundheitsdienstleister), sowie den bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern ermitteln darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen.

Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (z.B. Anamnese, Operationsberichte, Entlassungsberichte, Histologie- und Laborbefunde, diagnostische Befunde, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten).

Diese Einwilligung kann von mir jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass sich die Hannoversche Lebensversicherung AG die Anforderung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.

2.2. Im Versicherungsfall

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen oder Gebrechen von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge (Gesundheitsdienstleister). Davon umfasst sind auch die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (z.B. Anamnese, Operationsberichte, Entlassungsberichte, Histologie- und Laborbefunde, diagnostische Befunde, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten).

Im Fall einer solchen Datenermittlung werden der Antragsteller und die zu versichernde Person 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14-tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11a VersVG besteht für den Antragsteller und die zu versichernde Person auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Antragsteller und die zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer schriftlich mitzuteilen. Der Antragsteller und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Antragsteller, Bezugsberechtigten oder der versicherten Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.

2.3. Entbindung von der Schweigepflicht

Ich entbinde die in Punkt 2.1. und 2.2 genannten Personen und Stellen im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht im Umfang der Zustimmungserklärung.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragsstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von 3 Jahren nach Vertragsschluss.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Hannoversche Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung arglistig unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 dStGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Hannoverschen Lebensversicherung AG

Die Hannoversche Lebensversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die 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 Hannoversche Lebensversicherung AG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 dStGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG 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 Hannoversche Lebensversicherung AG zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 dStGB geschützte Daten entbinde ich die für die Hannoversche Lebensversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Hannoversche Lebensversicherung AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der VHV Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 dStGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Hannoversche Lebensversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und – soweit erforderlich – für die anderen Stellen.

Die Hannoversche Lebensversicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Hannoversche Lebensversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Dienstleisterliste der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet www.hannoversche-partner.at/datenschutz eingesehen oder bei der Hannoverschen Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, D-30177 Hannover, Tel.: +49 (0) 511 9565-0 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Hannoversche Lebensversicherung AG Ihre Einwilligung.

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

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Hannoversche Lebensversicherung AG 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 Hannoversche Lebensversicherung AG 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 Hannoversche Lebensversicherung AG 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 Hannoversche Lebensversicherung AG 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 Beitragszahlungen 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 Hannoversche Lebensversicherung AG 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 Hannoversche Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 dStGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler bei Einschaltung eines Vermittlers

Die Hannoversche Lebensversicherung AG 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 dStGB 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 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 vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

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

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Hannoversche Lebensversicherung AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen.

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von 3 Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Die vorgenannten Erklärungen zur Datenverwendung, -ermittlung und -übermittlung sowie zur Entbindung von der Schweigepflicht können jederzeit insgesamt oder auch einzeln in Bezug auf bestimmte Datenverwendungen oder -erhebungen widerrufen werden. Der Antragsteller und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass es bei einem Widerruf zu Verzögerungen in der Antrags- oder der Leistungsfallprüfung kommen kann.

Der Versicherer kann bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Antrags- und/oder Leistungsfallprüfung nicht vornehmen. Ein Widerruf kann daher zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.

DATENSCHUTZ

WIE MÖCHTEN SIE ZUKÜNFTIG ÜBER AKTUELLE ANGEBOTE AUF DEM LAUFENDEN GEHALTEN WERDEN?

Kontaktaufnahme per E-Mail

☐ Ich bin damit einverstanden in Zukunft über ähnliche Produkte und Leistungen der Hannoversche Lebensversicherung **per E-Mail** informiert zu werden.

Kontaktaufnahme per Telefon

☐ Ich bin damit einverstanden in Zukunft über ähnliche Produkte und Leistungen der Hannoversche Lebensversicherung **per Telefon** informiert zu werden.

Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihren Rechten, insbesondere Ihrem jederzeitigen Widerspruchsrecht, finden Sie in unseren Datenschutzhinweisen unter www.hannoversche.de/datenschutz.

UNTERSCHRIFTEN

DATENSCHUTZ UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG 9

Den Abschnitt „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ habe ich zur Kenntnis genommen und gebe die dortigen Erklärungen ab.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers (VN)*
(auch Minderjährige ab 16 Jahren)

Unterschrift
nicht vergessen!

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person(en) (VP), wenn VN ungleich VP*
(auch Minderjährige ab 16 Jahren)

* Bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

EMPFANGSBESTÄTIGUNG

Ich bestätige den Empfang des Informationsblatts zu Versicherungsprodukten, der Verbraucherinformation, der Widerrufsbelehrung, der Beratungsdokumentation (oder die Dokumentation des Beratungsverzichts einschl. Hinweis über die Folgen eines Beratungsverzichts), der Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Leistungen, des Merkblatts zur Anzeigepflichtverletzung, der Hinweise zum Datenschutz, der Dienstleisterliste sowie der dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers (VN)*
(auch Minderjährige ab 16 Jahren)

Unterschrift
nicht vergessen!

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person(en) (VP), wenn VN ungleich VP*
(auch Minderjährige ab 16 Jahren)

* Bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

ANTRAG UND SEPA-MANDAT

Ich beantrage die oben beschriebene Versicherung und gebe die im Antragsformular enthaltenen Erklärungen ab. Die Gesundheitsfragen sind von der versicherten Person auf diesem Antragsformular beantwortet worden.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers (VN)*
(auch Minderjährige ab 16 Jahren)

Unterschrift
nicht vergessen!

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person(en) (VP), wenn VN ungleich VP*
(auch Minderjährige ab 16 Jahren)

* Bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

INFORMATIONEN NACH DER LEBENSVERSICHERUNGS-INFORMATIONSPFLICHTENVERORDNUNG

Informationen zum Deckungsstock (Sicherungsvermögen) und zum Sicherungsfonds
Die Ansprüche aus Ihrer Lebensversicherung sind nach deutschem Versicherungsaufsichtsrecht gesichert.

Zur Sicherstellung Ihrer Ansprüche im Insolvenzfall werden die entsprechenden Vermögenswerte einem Sondervermögen zugeführt, das in Österreich Deckungsstock und in Deutschland Sicherungsvermögen genannt wird. Es handelt sich dabei um ein getrenntes Sondervermögen, das dem Zugriff anderer Gläubiger entzogen ist. Im Insolvenzfall werden aus diesem zuerst die Ansprüche aus den damit abgedeckten Versicherungsverträgen befriedigt. Ein Treuhänder überwacht die Einhaltung der Vorschriften.

Darüber hinaus gibt es einen Sicherungsfonds, in den alle deutschen Lebensversicherer einzahlen. Aufgabe des Sicherungsfonds ist der Schutz der Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen bei einer Insolvenz des Lebensversicherers. Die Aufgaben des Sicherungsfonds sind auf die Protektor Lebensversicherung AG übertragen worden.

Die Verträge bei dem insolventen Lebensversicherer werden im Sicherungsfall (dauerhaftes Unvermögen, die Verpflichtungen des Unternehmens zu erfüllen bzw. Zahlungsunfähigkeitsanzeige des Vorstandes) auf den Sicherungsfonds übertragen und dort fortgeführt bzw. auf einen anderen Versicherer weiter übertragen. Eine summenmäßige Beschränkung der einzelnen Verträge erfolgt dabei nicht.

Weitere Informationen zum Sicherungsfonds können Sie bei der Protektor Lebensversicherung AG, Wilhelmstraße 43 G, D-10117 Berlin (Internet: www.protektor-ag.de) erhalten.

Informationen über den Zugang zum Bericht über die Solvabilität und Finanzlage

Den Bericht über die Solvabilität und Finanzlage können Sie zusammen mit unserem Geschäftsbericht nach dessen Veröffentlichung kostenfrei im Internet (www.hannoversche.at) herunterladen oder per Post (Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, D-30177 Hannover) bei uns anfordern.

HINWEISE ZUM DATENSCHUTZ

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Hannoversche Lebensversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Ist der Vertrag nicht auf Ihr Leben abgeschlossen, richten sich die folgenden Informationen auch an die versicherte Person.

In der betrieblichen Altersversorgung richten sich die folgenden Informationen ausschließlich an die versicherte Person. Der Versicherungsnehmer wird gebeten, diese Informationen an die versicherte Person und ggf. an die benannte bezugsberechtigte Person weiterzugeben.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Hannoversche Lebensversicherung AG
VHV-Platz 1
D-30177 Hannover
Tel.: +49 511 9565-0
Fax: +49 511 9565-666
E-Mail: service@hannoversche.at

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der o.g. Adresse oder unter der Mail-Adresse: datenschutz@hannoversche-leben.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten aufgrund der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen der EU-Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO), des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) 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.hannoversche.at unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Versicherungs- und ggf. Darlehensantrag, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages. Wir verarbeiten diese personenbezogenen Daten, um das von uns zu übernehmende Risiko bestimmen und einschätzen zu können. Kommt der Versicherungs- bzw. Darlehensvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Rechnungstellung. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir, um den Leistungsanspruch zu bearbeiten. **Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungs- und Darlehensvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer 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 nutzen wir weiterhin für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise für die Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung 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.

Die genannten Zwecke und Rechtsgrundlagen erstrecken sich auch auf Testverfahren zur Entwicklung, Implementierung und Kontrolle der hierzu vorgesehenen/eingesetzten automatisierten Datenverarbeitungsverfahren.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, wenn es nach Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO erforderlich ist, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere der Fall sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der VHV Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere von Datenanalysen zur Erkennung von Unstimmigkeiten, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.
- zur Erhöhung und Sicherstellung der Datenqualität.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (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 darüber zuvor informieren.

Nutzung Ihrer E-Mail-Adresse

Wenn Sie uns im Rahmen der Bearbeitung eines Vorgangs Ihre E-Mail-Adresse zur Kenntnis bringen, speichern wir diese und nutzen sie ggf. für die weitere Kommunikation zu dem betreffenden Vertrag, sofern Sie dieser Nutzung nicht widersprechen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre E-Mailadresse, soweit Sie uns diese mitgeteilt haben, zur Werbung für eigene oder ähnliche Versicherungsprodukte verwenden. Sie können auch dieser Nutzung jederzeit formlos widersprechen ohne dass hierfür andere als die Übermittlungskosten nach den Basistarifen anfallen. Ihren Widerspruch können Sie an service@hannoversche.de richten.

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 zu den von uns eingesetzten Rückversicherern können Sie unserer Dienstleisterliste entnehmen. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungs- und ggf. Darlehensverträge 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 Versicherungs- bzw. Darlehensvertrag 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, sowie der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie unserer Internetseite unter www.hannoversche.at unter der Rubrik Datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, z. B. an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten. Hierzu zählen u.a. die Zentralstelle für Finanztransaktionsuntersuchungen im Rahmen der Geldwäscheprävention oder die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Im Falle von Sanktionslistentreffern erfolgen Meldungen an die Bundesbank. Im Rahmen von internationalen Steuerabkommen, bei freigestellten Einnahmen aus Kapitalvermögen sowie im Rahmen des Kirchensteuerabzugsverfahrens erfolgen Meldungen an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt). Im Rahmen des Außenwirtschaftsverkehrs erfolgen Meldungen an die Bundesbank. Der Versorgungsbezug von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung ist gegenüber gesetzlichen Krankenkassen meldepflichtig. Die steuerpflichtige Leistung aus einem Vertrag ist gegenüber der Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) meldepflichtig.

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, solange wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Dies ergibt sich regelmäßig durch rechtliche Nachweis- und Aufbewahrungspflichten, die unter anderem im Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung, dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb oder dem Geldwäschegesetz geregelt sind. 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 ferner das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Ihren Werbewiderspruch richten Sie bitte an: service@hannoversche.at

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen. Dieses Recht können Sie ebenfalls unter der o.g. Adresse geltend machen.

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz in Niedersachsen, Prinzenstr. 5, 30159 Hannover anzusprechen.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

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

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir mit Ihrer Einwilligung bei dem

Verband der Vereine Creditreform e.V.

Hellersbergstraße 12, 41460 Neuss

Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessener Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern finden Sie ggf. in unserer Dienstleisterliste. Sie können die Informationen auch unter den genannten Kontaktinformationen anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen (nur bei Antragstellung online)

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe des von Ihnen zu zahlenden Beitrags.

Sie können in diesem Fall eine Überprüfung der Entscheidung durch unsere Mitarbeiter verlangen, die Entscheidung anfechten und Ihren eigenen Standpunkt darlegen.

Weitere Informationen hierzu können Sie unter www.hannoversche.at in der Rubrik Datenschutz entnehmen.

Dienstleisterliste

Konzerngesellschaften innerhalb der VHV Gruppe, die an der gemeinsamen Stammdatenverwaltung teilnehmen:

VHV Vereinigte Hannoversche Versicherung a.G., VHV Holding AG, VHV Allgemeine Versicherung AG, Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV solutions GmbH, VHV Dienstleistungen GmbH, Hannoversche Direktvertriebs-GmbH, Hannoversche-Consult GmbH, Pensionskasse der VHV-Versicherungen, WAVE Management AG

Stellen, bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand des Auftrags durch die Hannoversche Lebensversicherung AG ist

Stellen	Gegenstand / Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
VHV solutions GmbH	Angebotsbearbeitung/Vertragsverwaltung, Schadenmanagement und Leistungsbearbeitung, IT-Dienstleistungen	ja
VHV Holding AG	Vertrieb, Controlling, Revision	teilweise ja
VHV Vereinigte Hannoversche Versicherung a.G.	Inkasso/Mahnwesen, Compliance, Konzernrecht, Personal, Datenschutz und Informationssicherheit	teilweise ja
Hannoversche-Consult GmbH	Pensionsgutachten	ja
Hannoversche Direktvertriebs-GmbH	Telefonischer Kundenservice	ja
T.D.M. Telefon-Direkt-Marketing GmbH	In- und Outboundtelefonie, Angebotserstellung	ja
Majorel Wilhelmshaven GmbH	Verarbeitung elektronischer Posteingang- und Datenerfassung, Indizieren und Klassifizieren von Dokumenten, Unterstützung in der einfachen Vertragssachbearbeitung	ja
ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH	Durchführung von Kundenzufriedenheitsumfragen	nein
Rhenus Mailroom Services GmbH	Bearbeitung von Briefrückläufern	ja
Rhenus Archiv Services GmbH	Einlagerung und Anlieferung von archivierten Akten	ja
Rhenus: people! Hannover GmbH	Posteingangsbearbeitung und Datenerfassung	ja
Qidenus Group GmbH	Maschinelles Auslesen von Dokumenten	ja
Deutsche Post E-Post Solutions GmbH	Scannen und Indizieren von Dokumenten	ja
Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG	Adressrecherchen im Zuge der Briefrückläuferbearbeitung und Einwohnermeldeamtsanfragen	nein
documentus Köln GmbH	Vernichtung / Entsorgung	teilweise ja
Bechtie GmbH IT Systemhaus Hannover	Unterstützung im Bereich Service-Desk und Client-Support	teilweise ja
Customized Business Services GmbH	Druck von Dokumenten	ja
DATEN_PARTNER Gesellschaft für Direktmarketing und Informations-Technologie mbH	Druck von Dokumenten	ja
E+S Rückversicherung AG https://www.es-rueck.de/datenschutz-es	Rückversicherungsleistungen	ja
General Reinsurance AG https://de.genre.com/ https://de.genre.com/privacypolicy	Rückversicherungsleistungen	ja
SCOR Global Life Deutschland https://www.scor.com/en/cookies-privacy	Rückversicherungsleistungen	ja
Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland https://www.swissre.com/privacy-policy.html	Rückversicherungsleistungen	ja
GEMINI DIRECT marketing solutions GmbH	Adresslieferant (Neukundenakquise)	nein
AZ Direct GmbH	Adresslieferant (Neukundenakquise)	nein
Neoskop GmbH	Programmierung und Wartung der Homepage	teilweise ja
SysEleven GmbH	Hosting	ja
Deutsche Bank AG (Bankauskünfte dt. Geldinstitute)	Bankauskünfte	nein
Schufa Holding AG https://www.schufa.de/global/datenschutz-dsgvo/	Adressabgleiche, Bonitätsauskünfte	nein
Creditreform Hannover-Celle Bissel KG https://www.creditreform.de/hannover/datenschutz	Bonitätsauskünfte	nein
infoscore Consumer Data GmbH https://finance.arvato.com/icdinfoblatt	Bonitätsauskünfte, Adressabgleiche	nein
Direct Line Marketing und Kommunikation GmbH	Telefonische Angebotsbearbeitung	nein
Dun&Bradstreet (ehem. BISNODE) https://www.dnb.com/de-de	Adressabgleich	nein

Kategorien von Stellen, bei denen die Datenverarbeitung nicht der Hauptgegenstand des Auftrags durch die Hannoversche Lebensversicherung AG ist oder die nur gelegentlich tätig werden

Kategorien von Stellen	Aufgaben	Gesundheitsdaten
Gutachter, Sachverständige (insb. Ärzte, Psychologen, Psychiater)	Erstellung von Gutachten, Beratungsleistungen zu Rehabilitationsmaßnahmen/Behandlungsmöglichkeiten, Unterstützung bei der Leistungsbearbeitung und Risikoprüfung	ja
IT-Dienstleister	IT-Dienstleistungen	teilweise ja
Rechtsanwälte	Juristische Beratung	teilweise ja
Übersetzungsbüros	Übersetzungen	teilweise ja
Inkassounternehmen	Realisierung von Forderungen	nein
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
Marketingagenturen	Marketingaktionen	nein
Lettershops/Druckereien	Be- und Verarbeitung von Druckstücken zu Werbezwecken	nein
Entsorgungsunternehmen	Vernichtung von Akten	teilweise ja
Rückversicherungsmakler	Beratung und Platzierung von Rückversicherungsgeschäft	nein
Banken	Finanzdienstleistungen	nein

Ihre personenbezogenen Daten können auch außerhalb der Europäischen Union (EU) bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) von dem oben genannten Verantwortlichen verarbeitet werden. Die Verarbeitung geschieht stets unter Berücksichtigung der vertraglichen Beschränkungen in Bezug auf Vertraulichkeit und Sicherheit sowie entsprechend den geltenden Gesetzen und Bestimmungen zum Datenschutz. Eine solche Datenübermittlung an Stellen bzw. Staaten außerhalb der EU/EWR, insbesondere im Wege von Administrationszugriffen, ist auf der Grundlage der genannten Zwecke und Rechtsgrundlagen möglich. Eine Datenübermittlung erfolgt in diesen Fällen nur bei Vorliegen geeigneter Garantien im Sinne der Datenschutzgrundverordnung. Geeignete Garantien sind insbesondere ein vorliegender Angemessenheitsbeschluss der EU-Kommission (https://ec.europa.eu/info/law/law-topic/data-protection/international-dimension-data-protection/adequacy-decisions_en), mit den Dienstleistern vereinbarte EU-Standardvertragsklauseln oder durch das Unternehmen aufgestellte verbindliche Datenschutzvorschriften, welche von den Datenschutzaufsichtsbehörden anerkannt worden sind. Im Falle einer Datenübermittlung auf Grundlage von Art. 49 DSGVO wird hierüber gesondert informiert.

Hannoversche Lebensversicherung AG VHV-Platz 1, D-30177 Hannover, **T** +49 511 9565-0, **F** +49 511 9565-666 **Briefanschrift:** D-30622 Hannover
Bankverbindung: Nord/LB Hannover, IBAN: DE12 2505 0000 0101 0557 39, BIC: NOLADE2HXXX, Gläubiger-ID: DE26HAN00000151112
Vorstand: Frank Hilbert (Sprecher), Boris Sonntag, Dr. Thomas Wüstefeld **Vorsitzender des Aufsichtsrates:** Thomas Voigt
Registergericht: Amtsgericht Hannover, HRB 61011 **UST-IdNr.:** DE 815 099 845 **Sitz der Gesellschaft:** Hannover, www.hannoversche.at

VEREINBARUNG DER ELEKTRONISCHEN UND SONSTIGEN KOMMUNIKATION

Im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungsverträgen ist die Übermittlung von vertragsrelevanten Inhalten auf elektronischem Wege in der nachfolgend näher bestimmten Weise möglich. Von der Möglichkeit zur elektronischen Übermittlung sind Erklärungen und andere Informationen ausgenommen, welche auf Grund gesetzlicher Vorschrift oder vertraglicher Vereinbarung der Schriftform (mit Unterschrift) bedürfen.

1. Schriftform:

Folgende Erklärungen und Mitteilungen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmern bzw. Versicherten oder sonstigen Dritten sind nur in Schriftform wirksam:

- Kündigungen und Rücktrittserklärungen,
- Anträge auf Beitragsfreistellung und Rückkauf von Lebensversicherungen,
- Anzeigen des Wegfalls des versicherten Interesses,
- Anträge auf Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen (z. B. Bezugsrechtsänderung)

Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

2. Geschriebene Form:

Für alle anderen Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers bzw. Versicherten oder sonstiger Dritter im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und zugehen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z. B. Telefax oder E-Mail), entsprochen.

Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder sonstiger Dritter sind nicht wirksam.

Ich verfüge über einen regelmäßigen Zugang zum Internet. Erklärungen und andere Informationen bzw. Benachrichtigungen der Hannoversche Lebensversicherung AG sind an folgende E-Mail-Adresse zu übermitteln:

Angabe der Email-Adresse: _____

Erklärungen und andere Informationen durch mich, den Versicherten oder Dritten sind an die Hannoversche Lebensversicherung AG zu übermitteln an die E-Mail-Adresse (service@hannoversche.de).

Jede Vertragspartei ist verpflichtet, der anderen Partei Änderungen zur elektronischen Adresse der Zugänge bekannt zu geben.

Ungeachtet der vereinbarten elektronischen Kommunikation hat der Versicherungsnehmer das Recht, jederzeit – jedoch jeweils nur einmalig kostenfrei – elektronisch erhaltene Erklärungen und andere Informationen auf Papier oder in einer anderen vom Versicherer allgemein zur Auswahl gestellten Art ausgefolgt zu erhalten.

Die Vereinbarung über die elektronische Kommunikation kann von jeder Vertragspartei jederzeit widerrufen werden.

Mit dieser Vereinbarung bin ich ausdrücklich

☐ einverstanden

☐ nicht einverstanden

Datum/Unterschrift: _____

SONDERVEREINBARUNG: FRISTENVERZICHT ZUR ABSICHERUNG VON BANKKREDITEN¹

- ☐ Es wird abweichend von den Versicherungsbedingungen diese leistungserweiternde Sondervereinbarung ab Versicherungsbeginn vereinbart, um Bankkredite mittels der beantragten Ablebensversicherung abzusichern. Die Hannoversche Lebensversicherung AG leistet im Versicherungsfall durch Selbsttötung schon vor Ablauf von drei Jahren nach Abschluss des Versicherungsvertrages und verzichtet auf die Ausübung der Rechte bei Verletzung von vorvertraglichen Anzeigepflichten, sofern keine arglistige Täuschung vorliegt (Sondervereinbarung), wenn der Hannoverschen Lebensversicherung AG die zu Gunsten der kreditgebenden Bank erfolgte/zu erfolgende Sicherungsabtretung durch Vorlage einer Abtretungsanzeige in geschriebener Form mit dem Versicherungsantrag angezeigt wird.

Datum/Unterschrift: _____

Wichtig: Bitte reichen Sie bei Antragstellung diese Seite einschließlich der Unterschriften am Ende sowie die Abtretungsanzeige mit ein!

¹Für die Sondervereinbarung ist ein zusätzlicher Tarifbeitrag in Höhe von 1,12 0/00 der anfänglichen Versicherungssumme pro Jahr (Unanfechtbarkeitsgebühr) zu zahlen, jedoch nur jeweils in den ersten drei Versicherungsjahren ab Versicherungsbeginn. (Bei einer abweichenden Zahlungsweise wird dieser geringfügig höher sein.)

Die Vereinbarung des Fristenverzichts ist grundsätzlich bis zu einer Versicherungssumme in Höhe von 400.000,00 EUR möglich. Ab einer Versicherungssumme über 200.000,00 EUR ist eine ärztliche Untersuchung auf Ihre Kosten erforderlich. Der Einschluss einer Dynamik (Tarif-Option D) ist nicht möglich. Der Fristenverzicht bezieht sich auf die Restforderung der Bank oder Sparkasse zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles, jedoch maximal auf die Versicherungssumme.

