



HDI Lebensversicherung AG  
 Direktion für Österreich  
 www.hdi-leben.at

Vermittelt durch:

Name \_\_\_\_\_

Vermittler-Nr. \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_  
Für evtl. Rückfragen zum Antrag bitte Telefon-Nummer und E-Mailadresse angeben!

E-Mail \_\_\_\_\_

easy Version-Nr. \_\_\_\_\_  
 Bitte unbedingt angeben!

Für diesen Vertrag gilt  
 das Recht Österreichs.

## Antrag auf eine Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsvorsorge

EGO Top BV17 ■ EGO Basic EV17

### Antrag- steller/in (VN)

w  m  Firma

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr Länderkennz.

Beruf \_\_\_\_\_  
Bei Studenten gilt hier das angestrebte Berufsziel und bei Lehrlingen der Lehrberuf.

Angestellte/r  Beamte(r)/in  Selbständige/r / Freiberufler  Lehrling

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Branche \_\_\_\_\_

Rechtsform \_\_\_\_\_

Student/in  Student/in im letzten Viertel des Studiums  Schüler/in

E-Mail \_\_\_\_\_

### Versicherte Person (VP) soweit nicht mit VN identisch

w  m Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr Länderkennz.

Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_  
Bei Studenten gilt hier das angestrebte Berufsziel und bei Lehrlingen der Lehrberuf.

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse wie VN  abweichende Adresse:

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

### Technische Vertragsdaten

Versicherungsbeginn \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Versicherungsdauer \_\_\_\_\_  
Jahre

Prämienzahlungsdauer \_\_\_\_\_  
Jahre

Vertragsart: **Einzel**  abweichend: \_\_\_\_\_  
VN ist Mitglied beim Vertragspartner

Vertragspartner \_\_\_\_\_  
Bitte den Vertragspartner und die Vertrags-/Gruppennummer angeben!

**EGO Top (BV) selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung**

Monatliche, garantierte BU-Rente \_\_\_\_\_  
EUR

Garantierte Rentensteigerung im Falle der Berufsunfähigkeit: **keine**

Leistungsdauer der Rente \_\_\_\_\_  
Jahre

Karenzzeit (0-24 Monate) \_\_\_\_\_

abweichend:  1 %  2 %  3 %

Gewinnform: **Prämienreduzierung (A)**  abweichend: Bonusrente (B)

**EGO Basic (EV) selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung**

Monatliche, garantierte EU-Rente \_\_\_\_\_  
EUR

Garantierte Rentensteigerung im Falle der Erwerbsunfähigkeit: **keine**

nur bei EGO Basic wählbar:  
**Zusatzversicherung bei schwerer Krankheit oder bei Tod**

Leistungsdauer der Rente \_\_\_\_\_  
Jahre

abweichend:  1 %  2 %  3 %

Gewinnform: **Prämienreduzierung (A)**  abweichend: Bonusrente (B)

### Prämien- zahlung

Prämienzahlungsweise: **monatlich** abweichend:  1/4-jährlich

Gesamt-Bruttoprämie gemäß Zahlungsweise exkl. Versicherungssteuer \_\_\_\_\_  
EUR

1/2-jährlich  jährlich

Gesamt-Effektivprämie gemäß Zahlungsweise inkl. Versicherungssteuer \_\_\_\_\_  
EUR

**Hinweis:** Bei laufenden Jahres-Gesamt-Prämien ab 24.000 EUR (exkl. Vers.-Steuer) ist die Mittelherkunft anzugeben!

### Dynamische Anpassung

**Jährliche Erhöhung der Prämie und damit der Versicherungsleistungen ohne Gesundheitsprüfung um 3 %**

abweichend: anderer Prozentsatz (3–5 %) \_\_\_\_\_

keine jährliche Erhöhung gewünscht

**Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht**

Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:

Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Sie oder eine andere versicherte Person die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, denn dies kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz durch Rücktritt, Kündigung oder Anfechtung rückwirkend verlieren oder dass später Vertragsanpassungen – auch rückwirkend – notwendig werden.

**Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in den §§16 ff. VersVG sowie in der gesonderten Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung auf den folgenden Seiten des Dokuments.**

**Angaben zur beruflichen Tätigkeit der Versicherten Person (VP)**

Diese drei Angaben müssen nicht bei EGO Basic ausgefüllt werden.

**Beruf** \_\_\_\_\_  
Bei Studenten gilt hier das angestrebte Berufsziel und bei Auszubildenden der Ausbildungsberuf

**Risikogruppe** \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
 Angestellte/r     Beamt(er)/in  
 Schüler nur bei EGO Basic     Lehrling     Student/in

**Branche** \_\_\_\_\_  
 Selbständige/r / Freiberufler    seit wann \_\_\_\_\_  
Datum    Tag    Monat    Jahr  
 Student/in im letzten Viertel des Studiums

1. Personalverantwortung für \_\_\_\_\_ Personen \_\_\_\_\_  
2. Anteil Bürotätigkeit an einem festen Arbeitsplatz in \_\_\_\_\_ Anteil Gesamt-tätigkeit \_\_\_\_\_ %  
3. Anteil der körperlichen Tätigkeit in \_\_\_\_\_ Anteil Gesamt-tätigkeit \_\_\_\_\_ %

(Dies gilt für Vollzeitkräfte. Hierunter fallen neben den direkt unterstellten Personen auch diejenigen der darunter liegenden Hierarchieebenen. Die Mitarbeiterkapazität von Teilzeitkräften wird entsprechend addiert und kaufmännisch gerundet.)  
(Hierzu zählen sitzende Tätigkeiten im Büro, die weder körperliche Arbeiten enthalten noch einem ständigen Wechsel des Einsatzortes unterliegen.)  
(Hierzu zählen alle Tätigkeiten, die mit einer Kraftanstrengung verbunden sind.)

**Vereinfachte Gesundheitsprüfung für die Erwerbsunfähigkeitsrente**

Folgende Voraussetzungen müssen bei einer vereinfachten Gesundheitsprüfung für die Erwerbsunfähigkeitsrente erfüllt sein:

- Das **Eintrittsalter** der VP beträgt **höchstens 50 Jahre**.
- Die **jährliche Erwerbsunfähigkeitsrente** beträgt **höchstens 12.000 EUR (inklusive Bonusrente, sofern gewährt)**. Berücksichtigt werden auch alle Erwerbsunfähigkeitsversicherungen, die **in den letzten 5 Jahren** bei HDI abgeschlossen wurden.
- Die folgenden **Gesundheitsfragen 3-5** werden **vollständig mit „nein“** beantwortet.

**Sofern eine der obigen Voraussetzungen nicht erfüllt ist, beantworten Sie bitte die Fragen der Allgemeinen Gesundheitsprüfung.**

1. Bitte geben Sie Ihre Körpermaße an: Größe \_\_\_\_\_ cm    Gewicht \_\_\_\_\_ kg
2. Sind Sie im Sport bzw. in Ihrer Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Luftsport, Motorsport, Tauchsport, Bergsport, Kampfsport, Reitsport oder Wassersport)? Falls ja: Bitte legen Sie den entsprechenden Fragebogen bei.  nein     ja
3. Bestehen bleibende Gesundheitsstörungen (z.B. angeborene Behinderungen, Missbildungen, Folgen von Erkrankungen, Operationen oder Unfällen, Lähmungen, Verlust eines Auges, eine nicht mit Hilfsmitteln ausgleichbare Seh- oder Hörstörung, Amputationen, Hirnleistungsstörung), eine Behinderung oder eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test)?  nein     ja
- 4a. Wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre durch Ärzte und sonstige Behandler\* wegen der gleichen Erkrankung mindestens 4x ärztlich beraten, untersucht oder behandelt?  nein     ja
- 4b. Fanden innerhalb der letzten 5 Jahre Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen in einem Krankenhaus bzw. einer Tagesklinik statt, oder wurde eine Kur- bzw. Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt?  nein     ja
- Bei der Beantwortung der Fragen 4a. und 4b. sind bereits geplante Behandlungen bzw. Maßnahmen zu berücksichtigen.
5. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 3 Jahren regelmäßig (d. h. länger als über einen Zeitraum von 3 Monaten) apothekenpflichtige Medikamente (hiervon ausgenommen sind orale Kontrazeptiva wie die „Pille“), oder wurden Ihnen solche verordnet?  nein     ja
- \* „Sonstige Behandler“ sind z.B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten.

**Allgemeine Gesundheitsprüfung**

**Angaben der VP**

Bei den nachstehenden in Klammern aufgeführten Angaben handelt es sich lediglich um Beispiele, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben. Ergebnisse evtl. durchgeführter Gentests nach Typ 2, 3 oder 4 müssen nicht angegeben werden (siehe wichtige Hinweise bezüglich der Informationen zu genetischen Untersuchungen im Rahmen des Gentechnikgesetzes (GTG)).

1. Wurden in den letzten 5 Jahren ein oder mehrere Anträge auf eine Versicherung zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? Das gilt für Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Dread Disease- oder Pflegerenten-Versicherungen. Falls ja: Bitte nennen Sie jeweils den Namen der Versicherungsgesellschaft, das Jahr der Antragstellung oder der Anfrage, die Art der Versicherung, die Höhe der Leistung und mögliche Übernahmbedingungen (Erschwerungen).  nein     ja
2. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt – sowohl im Beruf, wie bei Sport und Freizeit? Zum Beispiel, weil Sie mit Chemikalien oder radioaktiven/explosiven Stoffen zu tun haben. Oder weil Sie Luftsport, Motorsport, Tauchsport, Bergsport, Kampfsport, Wassersport oder Reitsport betreiben?  nein     ja
3. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Aufenthalt außerhalb Europas, der länger als 3 Monate dauern wird? (Wann, wo, wie lange, beruflicher oder privater Anlass?)  nein     ja
4. Bitte geben Sie Ihre Körpermaße an: Größe \_\_\_\_\_ cm    Gewicht \_\_\_\_\_ kg

**Angaben zur Gesundheit der VP**

**Zeitlich nicht befristete Fragen**

5. Bestehen körperliche Beeinträchtigungen (wie angeborene Erkrankungen, Missbildungen oder fehlende Gliedmaßen), oder bestehen bleibende Beeinträchtigungen (zum Beispiel Bewegungseinschränkungen, Bandscheibenschädigung, Blindheit, Gehörlosigkeit)? Besteht ein Grad der Behinderung (GdB), die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder der Wehrdienstbeschädigung (WDB)? Bitte Kopie des Bescheids beifügen.  nein     ja
6. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) festgestellt?  nein     ja
7. Bestehen oder bestanden bösartige Tumorerkrankungen (zum Beispiel Blutkrebs, Brustkrebs, Darmkrebs, Hodenkrebs)?  nein     ja
- Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 10 Jahre**
8. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren operiert oder stationär behandelt? Dazu zählen auch Kur-/ Reha-Aufenthalte, Entzugsbehandlungen, Strahlen-/Chemotherapie. Sind aktuell Operationen oder Behandlungen geplant oder stehen Untersuchungsergebnisse noch aus?  nein     ja

**Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 3 Monate**

9. Bestehen oder bestanden in den letzten 3 Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden? Wie z. B. Rücken- oder Nackenbeschwerden über mindestens 48 Stunden, Schmerzen in der Herzgegend, Engegefühl im Brustraum, Herzrhythmusstörungen, Seh-, Hör-, Gleichgewichts-, Gang-, Sensibilitäts- oder Wahrnehmungsstörungen, Atemnot, Ohnmacht, Blut im Urin oder im Stuhl, psychische Erschöpfungs- oder Angstzustände, wiederkehrende Schmerzzustände mit noch nicht gekläarter Ursache und allergische Reaktionen.  nein  ja
- Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 5 Jahre**
10. Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen, Beratungen, Untersuchungen bei Ärzten, sonstigen Behandlern oder im Krankenhaus statt wegen Krankheiten oder Unfallfolgen: Falls ja: Bitte nennen Sie jeweils den Termin und den Grund. Nennen Sie auch Namen, Anschrift und die Fachrichtung.
- 10a. des Herzens, der Gefäße oder der Kreislauforgane (zum Beispiel ein ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Krampfadern, Herzfehler, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Angina Pectoris)?  nein  ja
- 10b. der Atmungsorgane: Lunge, Bronchien, Luftröhre, Nase oder Rachen (z.B. Asthma, rezidivierende oder chronische Bronchitis, Schlafapnoe)?  nein  ja
- 10c. der Verdauungsorgane: Dies sind Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Galle, Gallensteine, Bauchspeicheldrüse (zum Beispiel Magen- / Darmgeschwür, Entzündungen, Gallensteine, Fettleber, erhöhte Leberwerte, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarmsyndrom)?  nein  ja
- 10d. der Nieren, der Harnwege oder der Geschlechtsorgane (z.B. Nierensteine, Nierenversagen, wiederkehrende oder chronische Entzündungen, Blut oder Eiweiß im Urin)?  nein  ja
- 10e. des Gehirns und des Nervensystems (zum Beispiel Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, chronischer Kopfschmerz, Migräne)?  nein  ja
- 10f. der Psyche (z.B. Depressionen, Angstzustände, Schlafstörungen, Essstörungen, Suizidversuch, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Burn-out, Erschöpfungszustände), oder wurden oder werden Sie wegen einer Suchterkrankung (Konsum von Drogen, drogenähnlichen Substanzen, Medikamenten oder Alkohol) behandelt oder beraten?  nein  ja
- 10g. des Stoffwechsels (zum Beispiel Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)?  nein  ja
- 10h. des Blutes oder des lymphatischen Systems und der Milz (zum Beispiel Anämie, Gerinnungsstörungen, Lymphdrüsenentzündung)?  nein  ja
- 10i. Infektionskrankheiten (zum Beispiel Tuberkulose, Hepatitis B/C, Tropen- oder Geschlechtskrankheiten)?  nein  ja
- 10j. gutartige Tumorerkrankungen (zum Beispiel Adenome, Zysten)?  nein  ja
- 10k. der Haut (zum Beispiel Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Melanome)?  nein  ja
- 10l. des Stütz- und Bewegungsapparates wie der Wirbelsäule, der Bandscheiben, der Knochen, der Gelenke, der Muskeln, der Sehnen oder der Bänder (zum Beispiel Rückgratverkrümmung, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, Sehnenscheidenentzündung, Gelenkentzündungen, Gelenkverschleiß, Rheuma, Fibromyalgie)?  nein  ja
- 10m. der Augen (zum Beispiel Linseneintrübung, Netzhautablösung, erhöhter Augeninnendruck, Laser-Behandlung)?  nein  ja
- 10n. Besteht eine Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien?  
Falls ja: Bitte geben Sie die betreffende Dioptrienzahl an. links  rechts
- 10o. der Ohren (zum Beispiel. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Störungen des Gleichgewichts)?  nein  ja
- 10p. Allergien (zum Beispiel Heuschnupfen, Hausstaub, Tierhaare, Insektengift, chemische Substanzen)?  nein  ja
- Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 3 Jahre**
11. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 3 Jahre über einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen apothekenpflichtige Medikamente, oder wurden Ihnen solche verordnet? Wenn ja: Bitte nennen Sie die Medikamente. Seit wann und weswegen nehmen Sie diese? Wie hoch ist die Dosis pro Tag?  nein  ja

Bitte geben Sie Ihren Arzt an, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse berichten kann (Name, Anschrift, Fachrichtung).

\* „Sonstige Behandler“ sind z.B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten.

## Gesundheitsprüfung für die Zusatzversicherung bei schwerer Krankheit oder bei Tod

nur auszufüllen, wenn die Zusatzversicherung in Verbindung mit einer Erwerbsunfähigkeitsversicherung gewünscht ist

12. Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht (auch E-Zigarette)?  nein  ja  
Falls ja: Geben Sie bitte an, was und wieviel täglich: \_\_\_\_\_
13. Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Erkrankungen, oder wurde der Verdacht auf eine dieser Erkrankungen ausgesprochen: Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall, Verengung oder Verschluss von Herzkranzgefäßen (Koronare Herzkrankheit), Multiple Sklerose, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Nierenversagen?  nein  ja  
Falls ja: Machen Sie bitte genauere Angaben zur Art der Erkrankung, Diagnose, Zeitpunkt, Folgen, behandelnder Arzt.  
Falls möglich, fügen Sie bitte ärztliche Unterlagen bei.

**Erläuterungen** zu den mit „ja“ beantworteten Fragen Nr. 2 – 13 (z.B. welche Freizeitrisiken, Auslandsrisiken, Krankheiten, Störungen, Beeinträchtigungen, Beschwerden?) Seit wann? Wie lange? Behandelnder Arzt/sonstige Behandler\*/Krankenhaus? Ergebnis? Folgen?

Frage Erläuterungen

Bei Platzmangel bitte ein separates, vom VN unterschriebenes Blatt verwenden!

_____	_____
_____	_____
_____	_____

\* „Sonstige Behandler“ sind z.B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten.

## Angaben zur Angemessenheit

Bitte immer beantworten!

1. Bestehen für Sie schon (Zusatz-)Versicherungen für den Fall der Berufs-/Erwerbsunfähigkeit, oder wurden solche beantragt? Falls ja: Nennen Sie bitte jeweils den Namen der Gesellschaft, das Jahr der Antragstellung bzw. der Anfrage, die Höhe der Leistung / Prämienbefreiung p.a.  nein  ja  
\_\_\_\_\_
2. Wie hoch ist Ihr durchschnittliches jährliches Bruttoeinkommen der letzten drei Kalenderjahre aus beruflicher Tätigkeit? (Als Einkommen gelten regelmäßige Einkünfte aus Arbeitstätigkeit inkl. Weihnachts- und Urlaubsgeld; Tantiemen, Bonus- oder Sonderzahlungen sind grundsätzlich nicht zu berücksichtigen. Bei Selbständigen / Freiberuflern gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb bzw. selbständiger Tätigkeit als Einkommen.)  EUR
- Bei Gesamtrenten – einschließlich bestehender Anwartschaften – von mehr als 30.000 Euro jährlich bitte Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre (z.B. Steuerbescheid, Bestätigung des Steuerberaters, Gehaltsabrechnungen) einreichen.

Allgemeine Angaben – bitte immer ausfüllen:

Es wurde eine ärztliche Untersuchung gemäß der Annahmerichtlinien veranlasst.

nein  ja

Für die Gesundheitsfragen wurde zusätzlich ein gesondert unterschriebenes Blatt verwendet.

nein  ja

Haben Sie die Angaben in der Erklärung selbst in dieses Formular eingetragen?

nein  ja

Hat der Vermittler die Angaben in der Erklärung in dieses Formular eingetragen?

nein  ja

Bezugsrecht

Im Erlebensfall:  VN  VP  Die nachfolgend namentlich genannte Person:

Vorname / Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 

Tag	Monat	Jahr		

Im Todesfall:  VN (sofern nicht VP)

In nachfolgender Rangfolge (unter Ausschluss des danach folgenden Ranges): 1. Der/Die Ehegatt(e)/in, mit dem die VP zum Zeitpunkt ihres Todes verheiratet ist bzw. der/die Lebenspartner/in, mit dem die VP zum Zeitpunkt ihres Todes in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebt; 2. Leibliche, eheliche und ihnen gesetzlich gleich gestellte Kinder zu gleichen Teilen; 3. Die Eltern zu gleichen Teilen; 4. Die Erben.

Die nachfolgend namentlich genannte Person:

Vorname / Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 

Tag	Monat	Jahr		

Legitimation und wirtschaftlich Berechtigter

Legitimation des Versicherungsnehmers

gültiger Personalausweis

gültiger Reisepass

Versicherungsnehmer ist wirtschaftlich Berechtigter

Führerschein Ausweis-Nr. \_\_\_\_\_

Ausweis ausgestellt am 

Tag	Monat	Jahr		

Ausstellende Behörde \_\_\_\_\_

Ausweis gültig bis 

Tag	Monat	Jahr		

Ist der VN eine juristische Person, reichen Sie bitte einen aktuellen Firmenbuchauszug (nicht älter als 6 Wochen) sowie das Formular **DS 014** ein.

Geburtsort \_\_\_\_\_

Geburtsland \_\_\_\_\_

Bitte immer vollständig ausfüllen!

Versicherungsnehmer ist nicht wirtschaftlich Berechtigter

Kontoinhaber weicht vom VN ab. Zusätzlich liegt die Prämie über jährlich 12.000 EUR.

Bitte geben Sie uns **zusätzliche** Informationen bekannt:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 

Tag	Monat	Jahr		

 Nationalität 

			Länderkennz.	

Verhältnis zum VN \_\_\_\_\_  
(z. B. Lebenspartner)

Geburtsort \_\_\_\_\_

Geburtsland \_\_\_\_\_

Bitte reichen Sie uns vom abweichenden wirtschaftlich Berechtigten bzw. abweichenden Kontoinhaber eine Ausweiskopie ein!

Geldherkunft

Bitte machen Sie nähere Angaben zur Herkunft des Geldes (notwendig bei Prämien ab jährlich 24.000 EUR exklusive Versicherungssteuer), und reichen Sie aussagekräftige Unterlagen ein:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Politisch exponierte Personen (PEP)

Hinweise zu PEP finden Sie auf der Antragsrückseite.

VN ist eine politisch exponierte Person

Wirtschaftlich Berechtigter ist eine politisch exponierte Person

Welches Amt üben/übten Sie von wann bis wann aus, bzw. welcher Art ist Ihre Beziehung zum Amtsträger?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FATCA/GMSG

Ist der VN in den USA steuerpflichtig?  nein  ja

Ich verpflichte mich, der HDI Lebensversicherung AG Änderungen meiner Steuerpflicht / Steueransässigkeit unverzüglich mitzuteilen.

Ist der VN außerhalb Österreich steueransässig?  nein  ja



Die HDI Lebensversicherung AG wird ermächtigt, die Prämien bis auf Widerruf abzubuchen.

**SEPA-Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74ZZZ00000051890

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die HDI Lebensversicherung AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der HDI Lebensversicherung AG 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die fälligen Prämien werden sofort von Ihrem Konto abgebucht. Dies gilt auch für die jetzt fälligen Prämien. Der Kontoauszug gilt als Quittung. Frist für die Vorabinformation: Die HDI Lebensversicherung AG informiert den Zahlungspflichtigen (Versicherungsnehmer) spätestens fünf Tage vor dem Abbuchungstermin über den anstehenden Einzug. Die Mandatsreferenz wird Ihnen die HDI Lebensversicherung AG separat mitteilen.

Bitte bei Lastschrift immer vollständig ausfüllen und unterschreiben!

Firma Name

Kontoinhaber, sofern nicht mit VN identisch

Vorname

Straße

Haus-Nr.

PLZ

Ort

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Ort/Datum

Unterschrift  
Kontoinhaber

Der Kontoinhaber muss immer unterschreiben, auch wenn er mit dem VN identisch ist.

**Besondere Vereinbarungen**

Die folgenden besonderen Vereinbarungen werden nur bei schriftlicher Bestätigung gültig:

**Vereinbarung zur Form von Erklärungen und anderen Informationen**

**Schriftform:** Folgende Erklärungen und Mitteilung zwischen Versicherer und Versicherungsnehmern bzw. Versicherten oder sonstigen Dritten sind nur in Schriftform wirksam: Kündigungserklärungen, Anträge auf Prämienfreistellung und Wiederinkraftsetzung, Anträge auf vorzeitigen Bezug von Versicherungsleistungen, Anträge auf Änderung des Versicherungsvertrages (z.B. Erhöhung oder Herabsetzung der versicherten Leistungen oder der Prämie), Anträge auf Änderung der Fondsauswahl, Mitteilung von Bezugsrechtsänderungen, Abtretungen, Verpfändungen oder Vinkulierungen und Bevollmächtigung von Dritten. Schriftform bedeutet, dass der Erklärende das Original der Erklärung eigenhändig unterschreibt und dem Erklärungsempfänger zustellt. Die Form für die Geltendmachung von Rücktrittsrechten durch die Versicherungsnehmer richtet sich nach den Bestimmungen zum jeweiligen Rücktrittsrecht.

**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.

Mit dieser Vereinbarung bin ich ausdrücklich

einverstanden

nicht einverstanden

**Rücktrittsrecht****Adressat der Rücktrittserklärungen:**

Die Rücktrittserklärungen der nachfolgenden Rücktrittsrechte sind (in der jeweils im Rücktrittsrecht genannten Form) zu richten an **HDI Lebensversicherung AG, Direktion für Österreich**  
1200 Wien, Dresdner Straße 91, Telefon +43 1 20709-220, Fax +43 1 20709-99, Mail office@hdi-leben.at

**Belehrung über das Rücktrittsrecht für Lebensversicherungen nach § 165 a VersVG**

(1) Sie sind als Versicherungsnehmer berechtigt von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen zurückzutreten (davon ausgenommen sind Verträge mit einer Laufzeit von höchstens sechs Monaten und Gruppenversicherungsverträge).

(2) Die Rücktrittsfrist von 30 Tagen beginnt mit dem Tag, an dem Sie über das Zustandekommen des Vertrages (= Erhalt der Polizza bzw. des Versicherungsscheines oder einer separaten Annahmeerklärung) verständigt wurden.

(3) Die Erklärung des Rücktritts ist an keine bestimmte Form gebunden. Wenn Sie den Rücktritt in geschriebener Form (insbesondere per E-Mail) oder schriftlich erklären, genügt zur Wahrung der Rücktrittsfrist die rechtzeitige Absendung der Rücktrittserklärung.

(4) Ist der Versicherer nicht der Verpflichtung zur Bekanntgabe seiner Anschrift nachgekommen, so beginnt die Rücktrittsfrist von 30 Tagen nicht zu laufen, bevor Ihnen diese Anschrift bekanntgegeben wurde.

(5) Sind Sie als Versicherungsnehmer Verbraucher im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes, so beginnt die Frist zum Rücktritt erst dann zu laufen, wenn Sie über dieses Rücktrittsrecht schriftlich belehrt worden sind.

**Darüber hinaus können Ihnen folgende Rücktrittsrechte zustehen:****Belehrung über das Rücktrittsrecht gemäß § 3 KSchG:**

Wenn Sie Ihre Vertragserklärung weder in unseren für geschäftliche Zwecke dauernd benützten Räumen noch bei einem Stand abgegeben haben, können Sie vom Vertragsantrag oder vom Vertrag zurücktreten. Der Rücktritt kann bis zum Zustandekommen des Vertrages oder danach innerhalb einer Frist von 14 Tagen formfrei erklärt werden. Diese Frist beginnt zu laufen, sobald Sie alle notwendigen Angaben zur Identifizierung des Vertrages, eine Belehrung über dieses Rücktrittsrecht sowie unseren Namen und unsere Anschrift jeweils in Textform erhalten haben, frühestens jedoch mit dem Zustandekommen des Vertrages. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zustandekommen des Vertrages. Das Rücktrittsrecht steht Ihnen nicht zu, wenn Sie selbst die geschäftliche Verbindung mit uns zwecks Schließung dieses Vertrages angebahnt haben oder wenn dem Zustandekommen des Vertrages keine Besprechungen vorangegangen sind. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist genügt die rechtzeitige Abgabe der Rücktrittserklärung.

### Belehrung über das Rücktrittsrecht gemäß § 3a KSchG:

Wenn für Ihre Vertragserklärung maßgebliche Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten, obwohl deren Eintritt als wahrscheinlich dargestellt wurde, können Sie vom Vertragsantrag oder vom Vertrag zurücktreten. Maßgebliche Umstände sind insbesondere die Aussicht auf steuerrechtliche Vorteile oder die Aussicht auf einen Kredit. Der Rücktritt kann bis zum Zustandekommen des Vertrages oder danach innerhalb einer Frist von 7 Tagen formfrei erklärt werden. Diese Frist beginnt zu laufen, sobald Ihnen erkennbar ist, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten, Sie alle notwendigen Angaben zur Identifizierung des Vertrages, eine Belehrung über dieses Rücktrittsrecht sowie unseren Namen und unsere Anschrift jeweils in Textform erhalten haben. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zustandekommen des Vertrages. Das Rücktrittsrecht steht Ihnen nicht zu, wenn Sie wussten oder wissen mussten, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist genügt die rechtzeitige Abgabe der Rücktrittserklärung.

### Belehrung über das Rücktrittsrecht gemäß § 5b VersVG:

Sie können innerhalb einer Frist von 14 Tagen vom Vertrag zurücktreten, sofern Sie keine Kopie Ihrer Vertragserklärung (unterzeichnetes Antragsformular) erhalten haben, Sie vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit diese nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie oder die Mitteilungen gemäß §§ 252, 253 und 255 VAG 2016 und, sofern die Vertragsvermittlung durch einen Versicherungsvermittler in der Form „Versicherungsagent“ erfolgte, die Mitteilungen gemäß §§ 137f Abs 7 und 8, 137g und 137h GewO 1994 nicht erhalten haben. Diese Frist beginnt zu laufen, sobald Sie den Versicherungsschein, die Versicherungsbedingungen, die Mitteilungen gemäß §§ 252, 253 und 255 VAG 2016 und, sofern die Vertragsvermittlung durch einen Versicherungsagenten erfolgte, die Mitteilungen gemäß §§ 137f Abs 7 und 8, 137g und 137h GewO 1994 sowie eine Belehrung über dieses Rücktrittsrecht jeweils in Textform erhalten haben. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins inklusive einer Belehrung über dieses Rücktrittsrecht. Der Rücktritt ist in geschriebener Form zu erklären. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist genügt die rechtzeitige Absendung der Rücktrittserklärung.

### Belehrung über das Rücktrittsrecht gemäß § 5c VersVG:

Sie können innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen vom Vertrag oder Ihrer Vertragserklärung zurücktreten. Diese Frist beginnt zu laufen, sobald Sie den Versicherungsschein, die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung, die Mitteilungen gemäß §§ 252, 253 und 255 VAG 2016 und gemäß §§ 137f Abs 7 und 8, 137g und 137h GewO 1994 sowie eine Belehrung über dieses Rücktrittsrecht jeweils in Textform erhalten haben. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach dem Zugang des Versicherungsscheins und einer Belehrung über dieses Rücktrittsrecht. Der Rücktritt ist in geschriebener Form zu erklären. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist genügt die rechtzeitige Absendung der Rücktrittserklärung.

Zu der von mir beantragten Versicherung erhalte ich vorläufigen Versicherungsschutz gemäß den umseitigen Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz für Lebensversicherungen.

Die Antragsfragen und -angaben sind nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig beantwortet (vorvertragliche Anzeigepflicht). Ich weiß, dass die Gesellschaft bei einer Verletzung dieser Pflicht vom Vertrag zurücktreten und die Leistung verweigern kann. Die Gesellschaft kann bei einer Einflussnahme auf ihre Annahmehentscheidung durch arglistige Täuschung den Vertrag auch anfechten. Nach der Antragstellung erstmals aufgetretene Erkrankungen, gesundheitliche Störungen oder Beschwerden sind nicht mehr anzeigepflichtig. Sollte jedoch zur Risikobeurteilung eine ärztliche Untersuchung erforderlich sein, so sind dem untersuchenden Arzt gegenüber auch etwa zwischen Antragstellung und dem Tag der Untersuchung erstmals aufgetretene Erkrankungen, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden anzugeben. Eine derartige Gefahrerhöhung ist anzeigepflichtig. Für die von mir beantragte Versicherung gelten die im Versorgungskonzept enthaltenen Angaben und Versicherungsbedingungen sowie Zusatzbestimmungen eines etwaigen zugrunde liegenden Rahmenabkommens. **Ich erteile hiermit der Gesellschaft die Zustimmung zur Ermittlung, Übermittlung und sonstigen Verwendung von Daten. Ich bestätige, dass ich die „Wichtigen Hinweise“ zur Kenntnis genommen habe.**

**Hinweis: Bitte beachten Sie die Erläuterungen zur Ermittlung, Übermittlung und sonstigen Verwendung von Daten auf der nächsten Seite!**

Unterschrift Ver-  
sicherungsnehmer/in

X

ggf. Firmenstempel

Ort/Datum

Unterschrift  
Versicherte Person

X

falls nicht identisch mit VN; ab vollendetem 14. Lebensjahr

Unterschrift  
Vermittler

X

und Firmenstempel

Unterschrift  
Gesetzlicher Vertreter

X

bei Minderjährigen

# Zustimmung zur Ermittlung, Übermittlung und sonstigen Verwendung von Daten

## 1. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Hiermit willige ich darin ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die HDI Lebensversicherung AG.
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung bzw. bei der Anfrage für einen Vertragsvorschlag genannt habe.
- zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Gesellschaften des Talanx-Konzerns (eine vollständige Übersicht aller Unternehmen des Talanx-Konzerns ist auf der Internetseite [www.talanx.de](http://www.talanx.de) veröffentlicht), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung meiner Post oder Prämienzahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.
- zur Weitergabe zu vertrieblischen Zwecken an gemeinsame Vertriebsgesellschaften, in der die Vertriebsaktivitäten des Talanx-Konzerns gebündelt werden.
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur dortigen Verwendung durch Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.
- durch andere Gesellschaften/Personen innerhalb und außerhalb des Talanx-Konzerns, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/Personen sind

im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten. Derzeit hat unsere Gesellschaft die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung der HDI Kundenservice AG übertragen.

- zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung einer besonderen Konzerndatenbank der Unternehmen des Talanx-Konzerns.

Versicherer sind zur Verhinderung der Geldwäscherei und Terrorismusfinanzierung im Finanzmarkt verpflichtet, den Versicherungsnehmer sowie vertretungsbefugte Personen und Prämienzahler zu identifizieren und den PEP (politisch exponierte Person) Status sowie die Treuhandschaft abzufragen. Die erhobenen Daten werden solange verarbeitet und aufbewahrt, wie sie zur vertraglichen und gesetzlichen Erfüllung notwendig sind.

## 2. Entbindung von der Schweigepflicht

Der Antragsteller und die zu versichernde Person entbinden die im Punkt 1 genannten Befragten und die für den Versicherer tätigen Personen im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung gemäß Punkt 1.

## 3. Werbung – Hinweis auf das Widerspruchsrecht

Wir möchten Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten zum Zwecke der Werbung verwenden. Sie können der Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten zum Zwecke der Werbung jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Der Widerspruch ist zu richten an HDI Lebensversicherung AG, Direktion für Österreich, Dresdner Straße 91, 1200 Wien. Bei einem Widerspruch per Telefax ist der Widerspruch an folgende Faxnummer zu richten: 01 20709-99. Bei einem Widerspruch per E-Mail ist der Widerspruch an folgende E-Mail Anschrift zu richten: [service@hdi-leben.at](mailto:service@hdi-leben.at)

# Gesonderte Erklärung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten

## 1. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Gesundheitsdaten

### 1.1 bei Vertragsabschluss

Der Antragsteller (sofern dieser nicht auch die zu versichernde Person ist, auch diese) stimmen zu, dass der Versicherer 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, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, 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 (Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblätter, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, EKG- und Ergometrieprotokolle, Protokolle von Langzeit-Blutdruckmessungen, Laborergebnisse, Operations- und Nachsorgeberichte, Ergebnisse Bild gebender Verfahren, Medikationen und anderer Therapiemaßnahmen bzw. -empfehlungen, Ergebnisse von Vorsorge- oder Tauglichkeitsuntersuchungen, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann). **Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.**

### 1.2 im Versicherungsfall

Der Antragsteller und/oder die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer 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 sowie der Überprüfung einer etwaigen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, EKG- und Ergometrieprotokolle, Protokolle von Langzeit-Blutdruckmessungen, Laborergebnisse, Operations- und Nachsorgeberichte, Ergebnisse Bild gebender Verfahren, Medikationen und anderer Therapiemaßnahmen bzw. -empfehlungen, Ergebnisse von Vorsorge- oder Tauglichkeitsuntersuchungen, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesie-

protokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsberichte, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, Rentenbescheide, medizinische Gutachten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

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 14tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11a VersVG bestehen 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 in geschriebener Form 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 zu versichernden Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.

Der Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

## 2. Entbindung von der Schweigepflicht

Der Antragsteller und die zu versichernde Person entbinden die in den Punkten 1.1 und 1.2 genannten Befragten und die für den Versicherer tätigen Personen im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung gemäß Punkt 1.1 und 1.2.

Die vorgenannten Zustimmungserklärungen zur Ermittlung und Übermittlung und Verwendung von Daten, 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.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift  
Gesetzlicher Vertreter   
bei Minderjährigen \_\_\_\_\_

Unterschrift Ver-  
sicherungsnehmer/in   
ggf. Firmenstempel \_\_\_\_\_

Unterschrift  
Versicherte Person   
falls nicht identisch mit VN; ab vollendetem 14. Lebensjahr \_\_\_\_\_

Risikoträger: HDI Lebensversicherung AG · Charles-de-Gaulle-Platz 1, 50679 Köln · Sitz der Gesellschaft: Köln · Amtsgericht Köln · HRB 603

Seite 7 von 10

DS 710 201801

Sehr geehrte Kundin,  
Sehr geehrter Kunde,  
zu der umseitig von Ihnen beantragten Lebensversicherung gewähren wir Ihnen vorläufigen Versicherungsschutz gemäß den nachfolgenden Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung.

## Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung

In den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede („Sie“) grundsätzlich die/den Versicherungsnehmer/in als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

### § 1 Was ist vorläufig versichert?

1. Sofern Sie einen Antrag auf Abschluss einer Versicherung gestellt haben, erbringen wir Leistungen auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes, sofern der Versicherungsfall während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes (§ 3) eintritt und die weiteren Voraussetzungen der nachfolgenden Bestimmungen erfüllt sind. Dies gilt auch dann, wenn erst nach Beendigung des vorläufigen Versicherungsschutzes feststeht, dass der Versicherungsfall während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist.
2. Die Art der Versicherungsleistung und der Umfang des vorläufigen Versicherungsschutzes richten sich nach den Angaben in Ihrem Antrag. Die Höhe unserer Leistungen ist jedoch auf folgende Beträge begrenzt bzw. wie folgt eingeschränkt, auch wenn Ihr Antrag höhere oder uneingeschränkte Leistungen vorsieht:
  - Kapitalleistungen für den Todesfall auf 125.000 EUR (Dies gilt nicht für die Zusatzversicherung bei schwerer Krankheit oder bei Tod.);
  - Kapitalleistungen aus der Zusatzversicherung bei schwerer Krankheit oder bei Tod auf 12.000 EUR;
  - Überlebens und Waisenrenten auf insgesamt jährlich 5.000 EUR;
  - Berufs bzw. Erwerbsunfähigkeitsrenten auf jährlich 12.000 EUR;
  - Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit auf 125.000 EUR der Prämiensumme. Leistungen aus einer Prämienbefreiung für den Fall der Berufsunfähigkeit zahlen wir nur, wenn die Hauptversicherung zustande gekommen und solange sie nicht weggefallen ist.
  - Tritt der Versicherungsfall vor Vollendung des 7. Lebensjahres der versicherten Person ein, so ist unsere Leistungspflicht auf den von der Aufsichtsbehörde festgesetzten Betrag der gewöhnlichen Beerdigungskosten (zz. 10.000 EUR) beschränkt.
3. Sofern mehrere Verträge über vorläufigen Versicherungsschutz für die versicherte(n) Person(en) bei uns bestehen, gelten die in Absatz 2 genannten Höchstbeträge für alle Verträge zusammen. Übersteigt die Summe der Leistungen aus diesen Verträgen einen Höchstbetrag, so wird der maßgebliche Höchstbetrag in dem Verhältnis auf die einzelnen Verträge aufgeteilt, in dem die einzelvertragliche Leistung zu deren Summe steht. Maßgeblich sind die einzelvertraglichen Leistungen, die ohne eine Zusammenrechnung aus dem vorläufigen Versicherungsschutz fällig geworden wären.  
Dies gilt auch dann, wenn mehrere Verträge über vorläufigen Versicherungsschutz für die versicherte(n) Person(en) bei verschiedenen Versicherungsunternehmen bestehen.
4. Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf
  - eine Leistung für den Erlebensfall (Kapitalleistung oder Altersrente),
  - eine Leistung aus der Zusatzversicherung bei schwerer Krankheit oder bei Tod, wenn Krebs, Multiple Sklerose oder eine Bypass-Operation vorliegt, auch wenn die in Ihrem Antrag genannte Versicherung solche Leistungen vorsieht.

### § 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- a) der in dem Antrag vorgesehene Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach Unterzeichnung des Antrages liegt,
- b) die Angaben im Antrag zu den persönlichen Daten des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin und der versicherten Person(en), zum Umfang der Versicherung sowie die Angaben zum Gesundheitszustand der versicherten Person(en), vollständig sind,
- c) Sie das Zustandekommen der Hauptversicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben,
- d) Ihr Antrag nicht von den von uns angebotenen Versicherungsleistungen und Bedingungen abweicht,
- e) die versicherte(n) Person(en) bei Unterzeichnung des Antrags das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

### § 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

1. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht und die in § 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.
2. Der zu diesem Antrag gewährte vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn
  - a) ein gleichartiger Versicherungsschutz aus der Versicherung begonnen hat; dies gilt auch dann, wenn die Hauptversicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen zu Stande gekommen ist; hierüber müssen Sie uns unverzüglich informieren;
  - b) Sie Ihren Antrag zurückgenommen oder angefochten haben;
  - c) der Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz nach Absatz 3 gekündigt wurde;
  - d) der Hauptversicherungsvertrag nicht zu Stande kommt, weil Sie von Ihrem Rücktrittsrecht Gebrauch gemacht haben;
  - e) Sie nach Übersendung des Versicherungsscheins die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt haben bzw. der Einzug der Prämie im Rahmen des Lastschriftverfahrens nicht möglich war oder Sie diesem widersprochen haben, sofern die Nichtzahlung von Ihnen zu vertreten ist.
3. Für die Kündigung des vorläufigen Versicherungsschutzes gilt:
  - a) Sie können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
  - b) Auch wir können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Eine Kündigung erfolgt insbesondere dann, wenn wir Ihren Antrag nicht annehmen.  
Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.
4. Sofern unsere Leistungspflicht während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist, endet diese in den Fällen des Absatz 2 b) und d) und des Absatz 3 a) mit dem vorläufigen Versicherungsschutz. In den übrigen Fällen bestimmt sich das Ende unserer Leistungspflicht nach § 4.

### § 4 In welchen Fällen endet die Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz und in welchen Fällen ist sie ausgeschlossen?

1. Soweit unsere Leistungspflicht nicht mit der Beendigung des vorläufigen Versicherungsschutzes endet (siehe § 3 Absatz 4), besteht sie bis zum Eintritt der Leistungsfreiheit oder Wegfall der Leistungsvoraussetzungen, längstens jedoch bis zum Ablauf der Versicherungsdauer fort, wobei jeweils die Voraussetzungen des in Ihrem Antrag genannten Versicherungsvertrags maßgeblich sind.  
Darüber hinaus entfällt unsere Leistungspflicht, wenn wir infolge einer Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht berechtigt sind, eine Anfechtung, Kündigung oder den Rücktritt von der Hauptversicherung oder dem Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz zu erklären.
2. Unsere Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz ist auch in den Fällen des Absatzes 1 ausgeschlossen, sofern der Versicherungsfall auf Umständen beruht, nach denen wir in den Antragsunterlagen gefragt haben und von denen Sie oder die versicherte(n) Person(en) vor Unterzeichnung des Antrags Kenntnis hatten, auch wenn diese Umstände in dem Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht, wenn die betreffenden Umstände nach unseren Grundsätzen der medizinischen Risikobewertung einer Annahme des gestellten Antrages nicht entgegenstünden hätten.
3. Darüber hinaus gelten die Einschränkungen und Ausschlüsse in dem Paragraphen „In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?“ der Versicherungsbedingungen, die für die beantragte genannte Versicherung maßgeblich sind.

### § 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir grundsätzlich keine zusätzliche Prämie. Erbringen wir aber Leistungen auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht der Prämie für das erste Versicherungsjahr des in Ihrem Antrag genannten Versicherungsvertrages. Bei Einmalprämienversicherungen ist dies die Einmalprämie.

Ist die Höhe unserer Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Absatz 2 begrenzt, wird das Entgelt auf Basis des Versicherungsschutzes in Höhe der dort genannten Höchstbeträge berechnet.

### § 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

1. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen sowie die weiteren Vertragsbestimmungen für die Hauptversicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen Anwendung, die Gegenstand Ihres Antrags sind. Dies gilt insbesondere für die dort oder in den weiteren Vertragsunterlagen enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.
2. Soweit Sie in Ihrem Antrag eine dritte Person als Bezugsberechtigten angegeben haben, ist diese auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz anspruchsberechtigt.

# Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

## Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der HDI Lebensversicherung AG, Dresdner Straße 91, 1200 Wien in geschriebener Form nachzuholen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Wir werden Sie und die versicherte Person bei Abgabe der Vertragserklärung ausdrücklich bitten, uns verbindlich zu bestätigen, dass die von uns in Bezug auf den Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet wurden und uns etwaige Änderungen mitzuteilen.

### Mitteilung nach §§16ff. VersVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

#### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bei Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in geschriebener Form gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Haben Sie einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages gestellt, so geben Sie mit der Unterzeichnung des Antragsformulars und dessen Weiterleitung an uns Ihre Vertragserklärung ab.

#### Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

##### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie ohne Verschulden binnen drei Jahren ab Vertragsabschluss gehandelt haben.

Bei Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den nicht angezeigten Umstand kannten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

– weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

– noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil der Prämie zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

##### 2. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt nur innerhalb eines Monats in geschriebener Form geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

##### 3. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht schuldhaft verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Verschulden zur Last fällt.

---

## Wichtige Hinweise

### 1. Erklärung des Vermittlers über die Erfüllung der Informations- und Beratungspflichten gemäß den Bestimmungen der Gewerbeordnung

Der unterzeichnende Versicherungsvermittler erklärt hiermit, dem Versicherungskunden vor Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm nach der Gewerbeordnung zustehenden Auskünfte

und Dokumentationen schriftlich oder auf einem anderen Datenträger übergeben zu haben. Der unterzeichnende Versicherungsvermittler haftet gegenüber der HDI Lebensversicherung AG für die Richtigkeit dieser Erklärung.

---

## Gesetzlich vorgeschriebene Legitimationsprüfung

Es besteht eine Pflicht zur Identifizierung des/der Versicherungsnehmer(s). Zu diesem Zweck ist anhand des gültigen Personalausweises, Führerscheins oder des gültigen Reisepasses der Name, das Geburtsdatum, der Geburtsort, die Staatsangehörigkeit und die Anschrift der zu identifizierenden Person sowie Art, Nummer und ausstellende Behörde des amtlichen Ausweises festzuhalten. Die Identifizierung kann auch durch Übersendung einer beglaubigten Kopie des

Personalausweises, des Führerscheins, bzw. Reisepasses erfolgen. Bei juristischen Personen ist ein Firmenbuchauszug erforderlich. Bei Minderjährigen ist der gesetzliche Vertreter zu identifizieren. Bitte beachten Sie: Der/Die Versicherungsnehmer/in und abweichend wirtschaftlich Berechtigte sind jeweils verpflichtet, Änderungen ihrer PEP - Eigenschaft unverzüglich anzuzeigen.

---

## Informationen zu genetischen Untersuchungen im Rahmen des Gentechnikgesetzes (GTG)

Gem. § 67 GTG sind wir weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages befugt, von der versicherten Person die Vornahme von genetischen Untersuchungen oder Analysen des Typs 2, 3 oder 4 zu verlangen.

Ebenso wenig dürfen wir gem. § 67 GTG die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen des Typs 2, 3 oder 4 zu verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwerten.

Das GTG hat jedoch keinen Einfluss auf die vorvertraglichen Anzeigepflichten gem. §§ 16 ff. VersVG. Es besteht daher eine Auskunftspflicht über bestehende Erkrankungen oder Vorerkrankungen auch dann, wenn im Rahmen der Diagnosestellung ein Gentest eingesetzt wurde.

---

## Hinweis zu den zitierten Gesetzesparagrafen

Den Text der jeweils zitierten Gesetzesparagrafen können Sie im Internet ([www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at)) abrufen. Alternativ können Sie die Texte auch bei uns anfordern.

---

## Hinweise zu PEP (politisch exponierte Person)

Politisch exponierte Personen gemäß Finanzmarkt-Geldwäschegesetz sind diejenigen natürlichen Personen, die wichtige öffentliche Ämter ausüben oder bis vor zwölf Monaten ausgeübt haben und deren unmittelbare Familienmitglieder oder bekanntermaßen ihnen nahe stehende Personen. Hierzu zählen unter anderem:

- a) Staatschefs, Regierungschefs (auch auf Landesebene), Minister, stellvertretende Minister und Staatssekretäre;
- b) Parlamentsabgeordnete oder Mitglieder vergleichbarer Gesetzgebungsorgane (auch auf Landesebene);
- c) Mitglieder der Führungsgremien politischer Parteien;
- d) Mitglieder von obersten Gerichtshöfen, Verfassungsgerichtshöfen oder sonstigen hohen Gerichten, gegen deren Entscheidungen, von außergewöhnlichen Umständen abgesehen, kein Rechtsmittel mehr eingelegt werden kann;
- e) Mitglieder von Rechnungshöfen (auf Bundes- und Landesebene) oder der Leitungsorgane von Zentralbanken;
- f) Botschafter, Geschäftsträger und hochrangige Offiziere der Streitkräfte (insbesondere ab Dienstgrad Generalleutnant);
- g) Mitglieder der Verwaltungs-, Leitungs- oder Aufsichtsorgane staatseigener Unternehmen – mindestens 50% Beteiligung durch den Bund oder ein Land (insbesondere bei denen eine Prüfpflicht der Rechnungshöfe besteht);

- h) Direktoren, stellvertretende Direktoren und Mitglieder des Leitungsorgans oder eine vergleichbare Funktion bei einer internationalen Organisation.
- j) eine der unter lit. a) bis h) genannten öffentlichen Funktionen umfasst Funktionsträger mittleren oder niedrigeren Ranges, Funktionsträger auf Landesebene sind jedoch umfasst.

Familienmitglieder: umfasst unter anderem

- a) den Ehegatten einer politisch exponierten Person, eine dem Ehegatten einer politisch exponierten Person gleichgestellte Person oder den Lebensgefährten im Sinne des StGB,
- b) die Kinder (einschließlich Wahl und Pflegekinder) einer politisch exponierten Person und deren Ehegatten, den Ehegatten gleichgestellte Personen oder Lebensgefährten im Sinne des StGB,
- c) die Eltern einer politisch exponierten Person.

Bekanntermaßen nahestehende Personen:

- a) natürliche Personen, die bekanntermaßen gemeinsam mit einer politisch exponierten Person wirtschaftliche Eigentümer von juristischen Personen oder Rechtsvereinbarungen sind oder sonstige enge Geschäftsbeziehungen zu einer politisch exponierten Person unterhalten;
- b) natürliche Personen, die alleiniger wirtschaftlicher Eigentümer einer juristischen Person oder einer Rechtsvereinbarung sind, welche bekanntermaßen de facto zugunsten einer politisch exponierten Person errichtet wurde.