

Zusatzklärung zum Dualen Modell

zum Antrag/zur unverbindlichen Anfrage vom:

Tag | Monat | Jahr

Kollektivvertrags-Nr. 44 -

Vertragspartner _____

Versicherte Person (VP) _____

Versicherungsnehmer (VN) _____

**Belehrung
über Ihre vor-
vertragliche
Anzeigepflicht**

Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:
Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vor Vertragsabschluss 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 vollständig 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 § 19 ff. VVG sowie auf der Seite „Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht / Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ dieses Dokuments.

**Angaben
zur VP**

Sind Sie (VP) Mitarbeiter bzw. Mitglied des oben genannten Vertragspartners? nein ja
Sind Sie (VP) Familienangehöriger eines Mitarbeiters bzw. Mitglieds des oben genannten Vertragspartners?
Familienangehörige sind Ehepartner, eingetragene Lebenspartner bzw. in häuslicher, eheähnlicher Gemeinschaft lebende nichteheliche Lebensgefährte und unterhaltspflichtige Kinder. nein ja

**Angaben zur
beruflichen
Tätigkeit der
VP**

Beruf _____
Bei Studenten gilt hier das angestrebte Berufsziel und bei Auszubildenden der Ausbildungsberuf.
Branche _____
Dienstbeginn/Beginn der Mitgliedschaft Tag | Monat | Jahr
Bitte immer ausfüllen!
Risikogruppe _____ Angestellter Beamter Selbständiger/Freiberufler seit wann? _____
 Auszubildender Student Student im letzten Viertel des Studiums/Medizinstudent ab Physikum
1. Personalverantwortung für _____ Personen (Anzahl) (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.)
2. Anteil der Bürotätigkeit an einem festen Arbeitsplatz in Anteil Gesamttätigkeit _____ % (Hierzu zählen sitzende Tätigkeiten im Büro, die weder körperliche Arbeiten enthalten noch einem ständigen Wechsel des Einsatzortes unterliegen.)
3. Anteil der körperlichen Tätigkeit in Anteil Gesamttätigkeit _____ % (Hierzu zählen alle Tätigkeiten, die mit einer Kraftanstrengung verbunden sind.)

**Einwilligung
zum Abschluss
der
Versicherung**

Nur im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge zu beantworten:
Ich erkläre meine Einwilligung zum Abschluss der Versicherung gemäß § 150 Abs. 2 VVG. nein ja

**Allgemeine
Voraus-
setzungen**

1. Wurde bei der HDI Lebensversicherung AG oder einer anderen Gesellschaft ein Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages der zu versichernden Person aus Risikogründen abgelehnt, zurückgestellt oder nicht zu normalen Bedingungen angenommen, so behält sich die HDI Lebensversicherung AG das Recht vor, diese Person nicht zu versichern bzw. Auskünfte zur Beurteilung der Gesundheitsverhältnisse anzufordern und auszuwerten.
2. Die Summe aus bereits versicherter Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Rente (ggf. inkl. Bonus) gegen Dienstfähigkeitserklärung (DFE) oder vereinfachte Gesundheitsklärung und der neu beantragten Berufsunfähigkeits-Rente bleibt im Rahmen der Regelungen des o. g. Kollektivvertrages.
3. Wird infolge eines Erhöhungsantrages die Grenze für die ärztliche Untersuchung (mtl. Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Rente 2.500 EUR bzw. bei BAfV 3.000 EUR) überschritten, so wird eine ärztliche Untersuchung notwendig; d. h. alle Vorversicherungen aus den letzten fünf Jahren inkl. ggf. möglicher Optionsrenten werden diesbezüglich berücksichtigt.

**Allgemeine
Fragen**

1. Besteht bei Ihnen eine anerkannte Erwerbsminderung (MdE/GdS¹⁾, Behinderung (GdB²⁾ oder Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit oder wurde eine solche in den letzten 2 Jahren beantragt? nein ja
Bitte nähere Angaben: _____
2. Übersteigt die zu versichernde Berufsunfähigkeitsrente (inkl. Bonusleistung aus der Gewinnbeteiligung) – einschließlich bereits bestehender oder beantragter Versicherungen für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit – 80 % bei Abschluss einer betrieblichen bzw. 60 % bei Abschluss einer privaten Vorsorge Ihres zum Zeitpunkt der Antragstellung aktuellen jährlichen Bruttoeinkommens³⁾? nein ja

¹⁾ MdE = Minderung der Erwerbsfähigkeit; GdS = Grad der Schädigungsfolgen
²⁾ GdB = Grad der Behinderung
³⁾ Als Einkommen gelten regelmäßige Einkünfte aus Arbeitstätigkeiten inklusive Weihnachts- und Urlaubsgeld; Tantiemen, Bonus- oder Sonderzahlungen sind grundsätzlich nicht zu berücksichtigen. Bei Selbständigen/Freiberuflern gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb bzw. aus selbständiger Tätigkeit als Einkommen.

Hinweis

Sofern eine der oben stehenden allgemeinen Voraussetzungen nicht erfüllt ist oder eine der allgemeinen Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, ist ggf. eine weitere individuelle Prüfung notwendig.

Original an Versicherer · Durchschlag 1 für Vertrieb · Durchschlag 2 für Versicherungsnehmer. Mit schwarzem oder blauem Kugelschreiber in GROSSBUCHSTABEN ausfüllen! Zutreffendes Kästchen ankreuzen!

Bitte wählen Sie eine der beiden folgenden Alternativen durch Ankreuzen aus!

Top-BU-Schutz
Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung mit uneingeschränkten Leistungen bei vereinfachter Gesundheitserklärung

Besonderheiten

- Uneingeschränkte Leistungen ab Versicherungsbeginn
- Auch möglich für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) in allen Schichten (inklusive EGO Young)
- Zusatzbaustein Leistungen wegen Krankschreibung wählbar (nur in der Privatvorsorge)
- Nachversicherungsgarantie und vorläufiger Versicherungsschutz automatisch enthalten
- Garantierte Rentensteigerung bis zu 3 % einschließbar
- Dynamische Prämienanpassung einschließbar
- Dynamisierung der Hauptversicherung im BU-Leistungsfall bis 10 % bei einer BUZ wählbar
- Berufe aller Risikogruppen versicherbar
- auch Familienangehörige versicherbar

Hinweis

Sofern Sie eine der folgenden Fragen mit „ja“ beantworten, kann der Versicherungsschutz nicht wie beantragt gewährt werden. Sie haben in diesem Fall zwei Möglichkeiten:

- Für die Wahl des Top-BU-Schutzes füllen Sie bitte zusätzlich den entsprechenden medizinischen Fragebogen zum Dualen Modell auf Seite 4 aus.
- Für die Wahl des Basis-BU-Schutzes beantworten Sie bitte die Frage in der rechten Spalte.

Angaben zur Gesundheit der VP

1. Waren Sie in den letzten zwei Jahren länger als zwei Wochen durchgehend aus gesundheitlichen Gründen außer Stande, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben, oder üben Sie derzeit Ihre berufliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt¹⁾ aus? nein ja

2. Werden Sie derzeit oder wurden Sie in den letzten drei Jahren ärztlich beraten, untersucht oder behandelt im Zusammenhang mit:²⁾ (Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Erkrankungen an!)

- einer Krebserkrankung
- einer Erkrankung des Herzens oder des Kreislaufs
- Diabetes
- einer chronischen Erkrankung der Atemwege, Haut, Leber, Nieren, Verdauungsorgane (z. B. Asthma, erhöhte Leberwerte, Blut im Urin, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa)
- einer psychischen Erkrankung (z. B. Angstzustände, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Erschöpfungszustände)
- Suchterkrankungen (auch Medikamente oder Alkohol)
- einer Erkrankung des Gehirns oder des Nervensystems (z. B. Anfallsleiden, Schlaganfall, Multiple Sklerose, Migräne)
- einer Erkrankung des Rückens oder Bewegungsapparates (z. B. Bandscheibenvorfall, Arthrosen, Rheuma, Fibromyalgie)
- einer HIV-Infektion

Bitte kreuzen Sie „ja“ an, sofern mindestens eine Erkrankung vorliegt, andernfalls „nein“. nein ja

- Eine Einschränkung Ihrer konkreten beruflichen Tätigkeit liegt vor, wenn Sie diese aktuell aus gesundheitlichen Gründen nur noch zu weniger als 50 % Ihrer gewöhnlichen Arbeitszeit ausüben können.
- Vorsorgeuntersuchungen ohne krankhaften Befund müssen Sie nicht angeben.

ZE BU ab 2017 ohne Einschränkung

Basis-BU-Schutz
Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung mit eingeschränkten Leistungen in den ersten fünf Jahren mit Dienstfähigkeitsklärung
Bitte beachten Sie, dass der Vertragsabschluss zeitlich befristet ist. Nähere Informationen erhalten Sie vom Vertragspartner.

- Eingeschränkte Leistungen in den ersten fünf Versicherungsjahren: Sofern die Berufsunfähigkeit nicht bedingungsgemäß wegen Unfall oder Infektionsgefahr eintritt, wird nur eine einmalige Leistung¹⁾ in Höhe einer sechsfachen monatlichen Berufsunfähigkeitsrente fällig und der Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit erlischt (weitere Informationen siehe Besondere Vereinbarung auf Seite 3)
- Uneingeschränkte Leistungen, sofern der BU-Leistungsfall erstmalig frühestens fünf Jahre nach Versicherungsbeginn eintritt
- Nur möglich bei selbständiger Berufsunfähigkeits-Versicherung und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) zur privaten (3. Schicht) und betrieblichen Altersvorsorge; nicht bei BUZ zur Basisrente oder Risiko-Lebensversicherung und nicht bei integrierten Leistungen bei Berufsunfähigkeit
- Zusatzbaustein Leistungen wegen Krankschreibung nicht wählbar
- Nachversicherungsgarantie und vorläufiger Versicherungsschutz nicht enthalten
- Garantierte Rentensteigerung nicht einschließbar
- Dynamische Prämienanpassung nur bis zu 3 % einschließbar
- Dynamisierung der Hauptversicherung im BU-Leistungsfall bei einer BUZ nicht wählbar
- Berufe der Risikogruppe D nicht versicherbar
- Familienangehörige nicht versicherbar

Sofern Sie die folgende Frage mit „ja“ beantworten, kann der Versicherungsschutz nicht wie beantragt gewährt werden. Um zu prüfen, ob Sie versicherbar sind, füllen Sie bitte zusätzlich die Allgemeine Gesundheitserklärung (Formular **7010180008**) aus.

Waren Sie in den letzten zwei Jahren länger als vier Wochen durchgehend aus gesundheitlichen Gründen außer Stande, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben, oder üben Sie derzeit Ihre berufliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt²⁾ aus? nein ja

- Bei einer Direktversicherung wird die Leistung in Form einer lebenslangen Rente erbracht.
- Eine Einschränkung Ihrer konkreten beruflichen Tätigkeit liegt vor, wenn Sie diese aktuell aus gesundheitlichen Gründen nur noch zu weniger als 50 % Ihrer gewöhnlichen Arbeitszeit ausüben können.

ZE BU ab 2017 eingeschränkt 5 Jahre

Besondere Vereinbarung für die eingeschränkten Leistungen und den Wegfall des Versicherungsschutzes bei Berufsunfähigkeit in den ersten fünf Jahren

– nur bei Wahl der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung mit eingeschränkten Leistungen –

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung (AVB) bzw. den Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BB-BUZ) sind folgende **eingeschränkte Leistungen** vereinbart:

1. Tritt Berufsunfähigkeit im Sinne der AVB bzw. BB-BUZ innerhalb der ersten fünf Jahre ab Versicherungsbeginn ein, so werden die Leistungen gemäß dem Paragraphen „Was ist versichert?“ der AVB bzw. BB-BUZ eingeschränkt (vgl. Ziffer 2). Zusätzlich erlischt mit dem Eintritt der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit gemäß Ziffer 3 die Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung ohne weitere Leistungspflicht.

Dies gilt nicht, falls

- a) Berufsunfähigkeit bei Infektionsgefahr eintritt (vgl. Paragraph „Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen“ der Besonderen Bedingungen für die Leistung bei Berufsunfähigkeit bei Infektionsgefahr (BB-INF)) oder
- b) die versicherte Person einen Unfall (vgl. Ziffer 4) erleidet und innerhalb eines Jahres nach dem Unfall aufgrund des Unfalls berufsunfähig im Sinne der AVB bzw. BB-BUZ wird. Es bleibt bei der Einschränkung der Leistungen, wenn zur Herbeiführung der Berufsunfähigkeit neben einem Unfall Krankheiten oder Gebrechen zu mehr als 25 % mitgewirkt haben.

2. Die eingeschränkte Leistung gemäß Ziffer 1 besteht aus einer Einmalzahlung in Höhe von sechs monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten inklusive Überschüssen. Haben Sie die Versicherung im Rahmen einer Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 des Einkommensteuergesetzes (EStG) abgeschlossen, so zahlen wir an die bezugsberechtigte Person ab dem auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgenden Monatsersten eine lebenslange monatliche Rente mit Kapitalwahlrecht. Die Höhe der Rente berechnet sich nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik aus der Einmalzahlung.

Falls die ab Beginn der Rentenzahlungen tatsächlich zu zahlende Rente eine Kleinbetragsrente gemäß § 93 Absatz 3 EStG ist oder die bezugsberechtigte Person das Kapitalwahlrecht ausübt, finden wir die Rente ab und die Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung erlischt. Der Abfindungsbetrag ist der nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelte Zeitwert; er entspricht der Einmalzahlung im Zeitpunkt der Zahlung der Abfindung (§ 3 Absatz 5 und § 4 Absatz 5 des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG)).

3. Gemäß Ziffer 1 erlischt der Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit ohne weitere Leistungspflicht. Bei einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung heißt das auch, dass Sie die Prämien für die Hauptversicherung selbst weiterzahlen müssen.

4. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt. Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

Kein Unfall im Sinne dieser Besonderen Vereinbarung sind

- Unfälle, verursacht durch Schlaganfälle und solche Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen,
- Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen und zwar auch dann, wenn sie durch gesundheitliche Beeinträchtigung, Einnahme von Medikamenten, Alkoholkonsum oder Konsum von Drogen verursacht worden sind,
- Unfälle der versicherten Person als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
- Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen,
- Malaria, Flecktyphus und sonstige Infektionskrankheiten sowie
- Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).

Der Nachweis, dass ein Unfall im Sinne dieser Besonderen Vereinbarung vorliegt und dass neben dem Unfall Krankheiten oder Gebrechen nicht zu mehr als 25 % mitgewirkt haben, ist von Ihnen zu führen. Es gelten die in den AVB bzw. BB-BUZ geregelten Obliegenheiten entsprechend (vgl. Paragraph „Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?“).

Vorläufiger Versicherungsschutz gemäß den Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung besteht nicht.

Unterschrift

nur notwendig in der Privatvorsorge (Schicht 3)

Ich beantrage die Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung mit eingeschränkten Leistungen und Wegfall des Versicherungsschutzes bei Berufsunfähigkeit in den ersten fünf Jahren gemäß dieser Besonderen Vereinbarung.

Ort/Datum _____

Unterschrift
Versicherungsnehmer

X

bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter (i. d. R. beide Elternteile)

Medizinischer Fragebogen zum Dualen Modell für den Top-BU-Schutz

Aufgrund Ihrer Angaben zur Gesundheit auf Seite 2 bitten wir Sie alle nachfolgenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten und genauere Angaben zu den zutreffenden Erkrankungen zu machen.

Zu Frage 1. auf Seite 2:

Sofern Sie diese Frage bejaht haben, machen Sie bitte genauere Angaben zur Art der Erkrankung, Diagnose, Zeitpunkt, Folgen, behandelnder Arzt:

Zu Frage 2. auf Seite 2:

Werden Sie derzeit oder wurden Sie in den letzten drei Jahren ärztlich beraten, untersucht oder behandelt im Zusammenhang mit (Vorsorgeuntersuchungen ohne krankhaften Befund müssen nicht angegeben werden):

■ **einer Krebserkrankung** nein ja

Welche Diagnose wurde genau gestellt/welche Form von Krebs wurde bei Ihnen festgestellt? _____ Wann? _____

■ **einer Erkrankung des Herzens oder des Kreislaufs** nein ja

Was wurde genau bei Ihnen festgestellt? _____ Wann? _____

Bei Bluthochdruck: Werden die Werte regelmäßig kontrolliert und liegen sie – ggf. unter medikamentöser Behandlung – im Normbereich? _____

■ **Diabetes** nein ja

Welcher Diabetes-Typ (insulinpflichtig Typ I, nicht primär insulinabhängig Typ II) wurde bei Ihnen festgestellt? _____ Wann? _____

■ **einer chronischen Erkrankung der Atemwege, Haut, Leber, Nieren, Verdauungsorgane** (z. B. Asthma, erhöhte Leberwerte, Blut im Urin, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa) nein ja

Welche Diagnose wurde genau bei Ihnen festgestellt? _____

Wann? _____ Befinden Sie sich deshalb aktuell noch in ärztlicher Behandlung? _____

■ **einer psychischen Erkrankung** (z. B. Angstzustände, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Erschöpfungszustände) nein ja

Welcher Art ist oder war die bei Ihnen vorliegende psychische Beeinträchtigung? _____

Worauf war diese zurückzuführen? _____

Von wann bis wann sind Sie deswegen behandelt worden? _____

Durch wen und womit? _____

■ **Suchterkrankungen** (auch Medikamente oder Alkohol) nein ja

Welche Suchterkrankung lag oder liegt bei Ihnen vor? _____

Von wann bis wann? _____

■ **einer Erkrankung des Gehirns oder des Nervensystems** (z. B. Anfallsleiden, Schlaganfall, Multiple Sklerose, Migräne) nein ja

Welche Diagnose wurde genau bei Ihnen festgestellt? _____

Wann? _____ Befinden Sie sich deshalb aktuell noch in ärztlicher Behandlung? _____

Bei Migräne/Kopfschmerzen: Wie häufig im Monat treten die Beschwerden auf? _____

Gab es Begleitsymptomaten wie z. B. Übelkeit und Erbrechen, Lärm-/Geruchsempfindlichkeit, Aura/neurologische Symptome, Sehstörungen, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Lähmungen? Falls ja, welche? _____

■ **einer Erkrankung des Rückens oder Bewegungsapparates** (z. B. Bandscheibenvorfall, Arthrosen, Rheuma, Fibromyalgie) nein ja

Welche Diagnose wurde genau bei Ihnen festgestellt? _____

Wann? _____ Welche Form von Therapie wurde durchgeführt? _____

Befinden Sie sich deshalb aktuell noch in ärztlicher Behandlung? _____

Sind Sie beschwerdefrei? _____ Seit wann? _____

■ **einer HIV-Infektion** nein ja

Wann wurde diese festgestellt? _____ Durch wen? _____

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

Sofern Ihnen Behandlungs- oder Befundberichte vorliegen, bitten wir Sie uns diese in Kopie beizufügen. Falls wir darüber hinaus ganz spezielle Befunde benötigen, werden wir diese bei Ihnen anfordern. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung gegenüber der HDI Lebensversicherung AG

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.)

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 HDI Lebensversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Kundenservicegesellschaften oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei der HDI Lebensversicherung AG unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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

- durch die HDI Lebensversicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der HDI Lebensversicherung AG (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 HDI Lebensversicherung AG

Ich willige ein, dass die HDI 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 Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass 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 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 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die HDI Lebensversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die HDI Lebensversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die HDI Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die HDI Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

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

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

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

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

2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

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

Die HDI 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. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

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

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

Wir führen 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 übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft des TALANX Konzerns oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist auf einer Folgeseite der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.hdi.de eingesehen oder bei unserem Datenschutzbeauftragten (TALANX AG, Riethorst 2, 30659 Hannover, E-Mail: privacy@talanx.com) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die HDI 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 HDI Lebensversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des TALANX Konzerns und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Bitte wählen Sie eine der beiden Möglichkeiten aus!

Bitte wählen Sie ebenfalls 2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes aus, sofern gewünscht!

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir 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 wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. 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 uns 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 wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns 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 HDI Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für HDI Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziffer 2.1).

3.5 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

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

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

Erklärungen

Ich habe die ergänzenden Hinweise zum Datenschutz, Informationen zu genetischen Untersuchungen im Rahmen des Gendiagnostikgesetzes, gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung auf den Folgeseiten zur Kenntnis genommen.

Ort/Datum _____

Unterschrift
Versicherte Person 
bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter (i. d. R. beide Elternteile)

Unterschrift
Minderjährige 
(ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

Ergänzende Hinweise zum Datenschutz

1. Auskunftsanspruch

Sie können schriftlich, telefonisch, per Fax oder elektronischer Post Auskunft über die bei uns über Sie gespeicherten Daten verlangen. Ihnen wird dann entsprechend Ihrer Anfrage Auskunft darüber erteilt, welche personenbezogenen Daten welcher Herkunft über Sie zu welchen Zwecken bei uns gespeichert sind.

2. Ansprüche auf Berichtigung, Löschung und Sperrung

- Sie können eine Berichtigung verlangen, wenn sich die über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten als unrichtig oder unvollständig erweisen.
- Sie können eine Löschung der über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten verlangen, wenn die Erhebung oder Verarbeitung von Anfang an unzulässig war, die Verarbeitung oder Nutzung sich auf Grund nachträglich eingetretener Umstände als unzulässig erweist oder die Kenntnis der Daten für uns zur Erfüllung des Zwecks der Verarbeitung oder Nutzung nicht mehr erforderlich ist.

- An die Stelle einer Löschung tritt eine Sperrung, soweit der Löschung gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen oder aus sonstigen Gründen eine Löschung nicht möglich ist.

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, Charles-de-Gaulle-Platz 1, 50679 Köln. Bei einem Widerspruch per Telefax ist der Widerspruch an folgende Faxnummer zu richten: 0221 144-605112. Bei einem Widerspruch per E-Mail ist der Widerspruch an folgende E-Mail Anschrift zu richten: privacy@talanx.com

Liste der wesentlichen Dienstleister, Funktionsausgliederungen und Versicherungsunternehmen (Stand 28.09.2016)

Unternehmen / Person / Kategorie	Sitz / Wohnort	Dienstleistung / Funktion / Aufgabe
HDI Kundenservice AG	Köln	Antrags-, Bestands-, Leistungs- und Schadenbearbeitung, IT-Koordination
Talanx Service AG	Hannover	Postverarbeitung, Scannen, Zahlungsverkehr (Inkasso/Exkasso), Forderungsmanagement, Aktenmanagement, Rechnungswesen, Personalwesen
Talanx Systeme AG	Hannover	Rechenzentrumsbetrieb, Anwendungsentwicklung, IT-Services, Print-Services (inkl. diverser Subunternehmen)
HDI Vertriebs AG	Hannover	Vermittlung, Beratung und Betreuung, Vertriebsunterstützung und Vertriebsinnendienst
Talanx Asset Management GmbH	Köln	Kapitalanlagenverwaltung
Talanx AG	Hannover	Konzern Revision
HDI Lebensversicherung AG	Köln	Gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren / Datensammlung
HDI Pensionsfonds AG	Köln	Gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren / Datensammlung
HDI Pensionskasse AG	Köln	Gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren / Datensammlung
HDI Versicherung AG	Hannover	Gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren / Datensammlung
E+S Rückversicherung AG	Hannover	Risikoeinschätzung, Leistungsprüfung
SCOR Global Life Deutschland	Köln	Risikoeinschätzung, Leistungsprüfung
General Reinsurance AG	Köln	Risikoeinschätzung, Leistungsprüfung
Versicherungsmakler / Mehrfachagenten	Bundesgebiet	Vermittlung, Beratung und Betreuung
xbAV Beratungssoftware GmbH	München	Vertriebsunterstützung im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung
Gesellschaftsärzte	Bundesgebiet	Risikoeinschätzung
Rechtsanwälte	Bundesgebiet	Klagefälle
Callcenter	Bundesgebiet	Telefondienstleistungen
Inkassounternehmen	Bundesgebiet	Realisierung titulierter Forderungen
Marktforschungsunternehmen	Bundesgebiet	Marktforschung

Wichtige Hinweise bezüglich der Informationen zu genetischen Untersuchungen im Rahmen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG)

Gem. § 18 I Nr. 1 GenDG sind wir weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages befugt, von der versicherten Person die Vornahme von genetischen Untersuchungen oder Analysen zu verlangen.

Ebenso wenig dürfen wir gem. § 18 I Nr. 2 GenDG die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwerten. Dies ist uns jedoch in den Fällen

gestattet, in denen die versicherte Leistung den Betrag von 300.000 EUR oder die versicherte Jahresrente eine Höhe von 30.000 EUR übersteigt.

Das GenDG hat jedoch keinen Einfluss auf die vorvertraglichen Anzeigepflichten gem. § 19 ff. VVG. Es besteht daher eine Auskunftspflicht über bestehende Erkrankungen oder Vorerkrankungen auch dann, wenn im Rahmen der Diagnosestellung ein Gentest eingesetzt wurde.

Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag bzw. Ihre unverbindliche Anfrage auf einen Vertragsvorschlag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, den Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der HDI Lebensversicherung AG, Charles-de-Gaulle-Platz 1, 50679 Köln in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) 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.

Sofern Sie eine unverbindliche Anfrage auf einen Vertragsvorschlag an uns richten, benötigen wir Ihre vollständigen und wahrheitsgemäßen Angaben, um Ihnen ein Angebot zum Abschluss des von Ihnen gewünschten Versicherungsvertrages zu unterbreiten. In diesem Fall beachten Sie bitte, dass unser Vertragsvorschlag nur unter der Bedingung gilt, dass bis zu Ihrer Vertragserklärung, welche in der Annahmeerklärung zu sehen ist, keine Änderungen der im Vorfeld von Ihnen und – soweit nicht personenidentisch – der versicherten Person getätigten Angaben ergeben haben. Sollten sich bis zu Ihrer Annahmeerklärung Ihre Verhältnisse ändern mit der Folge, dass die von uns gestellten Fragen anders als wie geschehen zu beantworten sind, sind Sie und die versicherte Person verpflichtet, uns die Änderungen mitzuteilen.

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 § 19 Abs. 5 VVG 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 Textform 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. Sofern Sie eine unverbindliche Anfrage für einen Vertragsvorschlag stellen, besteht Ihre Vertragserklärung in der Erklärung der Annahme unseres Vertragsvorschlages uns gegenüber.

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 weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine prämienfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich 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, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Auf die Ausübung unserer Rechte auf Kündigung oder Vertragsanpassung verzichten wir, wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht unverschuldet verletzt haben.

5. 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 Kündigung, 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 vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.