

**Versicherungsantrag auf Abschluss einer
 Berufsunfähigkeitsversicherung**

Beantragter Versicherungsbeginn

0 1 | | | 2 0 | |

Wird von der HanseMerkur ausgefüllt:
 VE Personen-Nr. (Vers.-Nr.) Abschlussverm. AD-Nr. Bestandsbetr. AD-Nr. GKD-Nr. SV AD-Versand
 ja

Identifikationsnr./Kooperations-/Gruppenversicherungspartner Mitarbeiter/-in bei Kooperations-/Gruppenversicherungspartner
 ja, bei nein

Antragsteller/-in Name/Titel/Firmenname, Gesellschaftsform, Vorname
 Versicherungsnehmer/-in Straße, Postfach/ Zustellergängung, Haus-Nr., Geburtsdatum
 (mindestens 18 Jahre) Postleitzahl, Wohnort
 Herr Telefon* (geschäftlich)
 Frau (privat)
 Firma Fax* Staatsangehörigkeit
 E-Mail*
 Status* seit Familienstand*
 (siehe Rückseite) (bei Status 3) ledig eingetragene Partnerschaft
 verheiratet geschieden eheähnliche Gemeinschaft
 verwitwet
 Derzeitige berufl. Tätigkeit (Haupt- und Nebenberuf)

Inkasso Der Beitrag soll bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden:
 Bankverbindung gilt für alle Verträge
 Bankleitzahl Name/Vorname/Firmenname
 Kontonummer **Kontoinhaber/-in, falls nicht Antragsteller/-in:** Unterschrift
 Geldinstitut/Ort **Kontoinhaber/-in, falls nicht Antragsteller/-in:**
 Zahlungsweise monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich (Ratenzuschläge siehe Rückseite)

Zu versichernde Person Name, Vorname
 Hinweis: Geburtsdatum, Status*
 Wenn Antragsteller/-in = versicherte Person, dann nur die grün markierten Felder ausfüllen (siehe Rückseite) Staatsangehörigkeit
 Straße, Haus-Nr., Postfach/Zustellergängung Postleitzahl, Wohnort
 Derzeitige berufliche Tätigkeit (Haupt- und Nebenberuf) Berufsschlüssel

Rechtsnachfolger des/der Versicherungsnehmer(s)/-in ist die versicherte Person (ggf. abweichende Anmerkungen unter „Besondere Vereinbarungen“).

Bezugsberechtigung (widerprüflich)
 a) Im Erlebensfall: der/die Versicherungsnehmer/-in oder (Name, Vorname/Geburtsdatum/Anschrift)
 Für Profi Care Invest:
 b) Im Todesfall: der/die Ehepartner/-in der versicherten Person (zzt. des Ablebens gültige Ehe) oder (Name, Vorname/Geburtsdatum/Anschrift)

Einsteiger-Produkt Start Care mit Umtauschoption
 Start Care ohne Umtauschoption
 Tarif Risikodauer Leistungsdauer Garantierte Monatsrente
 SB7JM Jahre Jahre EUR
 Komfort-Produkt Profi Care
 Profi Care Invest
 Tarif Risikodauer Leistungsdauer Garantierte Monatsrente Optionen Staffelregelung Karenzzeit
 SB7M Jahre Jahre EUR ja Monate

Überschussverwendung **Start Care Beitragsverrechnung** **Profi Care Beitragsverrechnung** **Profi Care Invest Fondsguthaben** **Fondsauswahl** (Erläuterungen zu den Fonds s. Rückseite)
 Chancenorientiert Wachstumsorientiert Sicherheitsorientiert
 Sauren Global Opportunities Sauren Global Growth Sauren Global Balanced

Beitrag/Dynamik **Gesamtbeitrag** ohne Verrechnung aus der Überschussbeteiligung.
 Dynamik für Profi Care: Der Beitrag wird um 3% pro Jahr angehoben oder
 % 1 - 5% keine Erhöhung
 Dynamik für Start Care: Nicht möglich

Identifikation gemäß Geldwäschegesetz
 Angaben des/der Antragsteller(s)/-in (VN): Geburtsort
 Identifizierung durch gültigen: Personalausweis-/Reisepass-Nr. ausgestellt am durch
 Identifizierung erfüllt, da die Beiträge durch Abruf vom Konto des/der Versicherungsnehmer(s)/-in gezahlt werden.
 Ich handele für eigene Rechnung. Ich handele für fremde Rechnung von: Bitte Formular „Ergänzungen zum Geldwäschegesetz“ beifügen.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen des/der Antragsteller(s)/-in und der zu versichernden Person. Diese Erklärungen enthalten Ermächtigungen zur Datenverarbeitung; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrages. Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die HanseMerkur Lebensversicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg.

Ich habe die Verbraucherinformation und das Merkblatt „Wichtige Informationen“ am erhalten.
 Es wurde ein Beratungsprotokoll erstellt, dessen Durchschrift/Kopie ich erhalten habe.

Ort, Datum Unterschrift des/der Antragsteller(s)/-in Unterschrift der zu versichernden Person (unter 18 Jahren auch deren gesetzlicher Vertreter)

 Ich bestätige, dass der vorstehende Versicherungsantrag eigenhändig unterschrieben wurde. Unterschrift des/der Vermittler(s)/-in

* Diese Angaben sind freiwillig.

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

Verteiler:
 Blatt 1 – HanseMerkur
 Blatt 2 – Kunde/-in
 Blatt 3 – Vermittler/-in



Antragsfragen zur Berufsunfähigkeitsversicherung

**Rechts-
folgebene-
lehrung zu
nächstehen-
den Fragen**

1. Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor der Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
2. Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht gemäß Ziffer 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht ist jedoch ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer aber das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein vorgenanntes Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

**Erläute-
rungen
zur Beant-
wortung der
nächstehen-
den Fragen**

Bitte nennen Sie uns nachfolgend die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und/oder beschreiben Sie Ihr jeweiliges Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.

Der Rückfragezeitraum beträgt bei den Fragen unter 2. **10 Jahre** und bei den Fragen unter 3. **5 Jahre**. Uns ist bewusst, dass es für Sie schwierig werden kann, über solche Zeiträume Aussagen zu treffen. Sollten Sie unsicher sein, empfehlen wir Ihnen, sich vor Beantwortung der Fragen – z. B. bei Ihrem behandelnden Arzt oder Therapeuten – über die jeweilige Gesundheitslage genau zu informieren. Sie können uns so behilflich sein, schnell und kostengünstig über Ihren Antrag zu entscheiden, damit Sie so rasch wie möglich den von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz bekommen.

Wir nennen Ihnen nachfolgend zu jedem Fragenbereich Beispiele für die uns wichtigen Angaben, die Ihnen Ihre Antwort erleichtern sollen. Die Beispiele umfassen dabei **nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbeispiele** aus dem jeweiligen Antwortbereich.

**Angaben
zum
Gesundheits-
zustand**

1. Fragen zum derzeitigen Gesundheitszustand

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

	Ja	Nein	Wenn ja, bitte nähere Angaben (welches Leiden, Art der Anerkennung, Träger, Höhe, bitte ggf. entsprechende Bescheide beifügen).
1.2 Besteht ein körperliches Gebrechen, ein Organfehler, eine angeborene Erkrankung, eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3 Beziehen oder bezogen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen, wegen eines Unfalls oder ist eine solche beantragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4 Besteht bei Ihnen ein positiver Test auf HIV-Infektion, Hepatitis B oder Hepatitis C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Positives Testergebnis für: <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hep. B <input type="checkbox"/> Hep. C
1.5 Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert? (Name und Anschrift)			

Bitte beachten Sie, dass wir nicht notwendigerweise den von Ihnen angegebenen Behandler kontaktieren. Selbst wenn wir dies tun, bleiben Sie verpflichtet, uns alle Ihnen hier gestellten Fragen zu beantworten, damit wir die Ihnen bekannten Gefahrumstände bei der Entscheidung zur Risikoubernahme berücksichtigen können.

2. Fragen zum Gesundheitszustand der letzten 10 Jahre

Die im Folgenden genannten Beispiele umfassen **nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbeispiele** aus dem Fragen-/Antwortbereich.

	Ja	Nein	Bitte hier nähere Gesundheitsangaben eintragen (Erkrankung, Beschwerden, Art und Dauer der Behandlung, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Medikamente, Folgen und Namen/Adresse des jeweiligen Behandlers).
2.1 Wurden Sie in den letzten 10 Jahren beraten, untersucht oder behandelt (z.B. von Ärzten, Heilpraktikern, Psychotherapeuten) oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate vorgesehen wegen:			
2.1.a gut- oder bösartiger Tumorerkrankungen (z.B. Krebs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.1.b eines Suizidversuchs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.1.c Erkrankungen oder Störungen der Psyche (z.B. depressive Verstimmungen, Angstzustände, Belastungsreaktionen, Erschöpfungssyndrom, Essstörungen, Schlafstörungen, Zwangsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.1.d der Folgen von Medikamentenmissbrauch, Alkohol- oder Drogenkonsum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2 Fand in den letzten 10 Jahren eine Strahlenuntersuchung (z.B. Röntgen, Computer-, Magnetresonanztomografie) statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3 Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche für die nächsten 12 Monate vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Angaben zum Gesundheitszustand	3. Fragen zum Gesundheitszustand der letzten 5 Jahre Die hier genannten Beispiele umfassen <u>nicht</u> vollständig alle möglichen Erkrankungsbegriffe aus dem Fragen-/Antwortbereich.		
3.1 Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Erkrankungen, Gesundheits- oder Funktionsstörungen, wegen derer Sie in Behandlung waren (z.B. bei Ärzten, Heilpraktikern, Psychotherapeuten) bzw. Medikamente einnehmen mussten?	Ja	Nein	Bitte hier nähere Gesundheitsangaben eintragen (Erkrankung, Beschwerden, Art und Dauer der Behandlung, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Medikamente, Folgen und Namen/Adresse des jeweiligen Behandlers).
3.1.a des Herzens oder der Kreislauforgane (z.B. Bluthochdruck, Schwindel, Herzinfarkt, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelschaden, Schlaganfall, Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Venenleiden, Thrombose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.1.b der Atmungsorgane (z.B. Lungen-, Rippenfellentzündung, Bronchitis, Schlafapnoe, Asthma, Allergie, Atemstörungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.1.c des Magens, der Speiseröhre, des Darms, der Galle, der Leber, der Bauchspeicheldrüse (z.B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre, Fettleber, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, entzündliche Darmerkrankungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.1.d der Nieren und Harnwege, der Blase, der Prostata, der Unterleibsorgane bzw. der Geschlechtsorgane (z.B. Nieren-/Blasensteine, Zysten, Fisteln, Infektionen, Nierenentzündung, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin, Prostatavergrößerung/-entzündung, Brusterkrankungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.1.e der Augen (z.B. Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, erhöhter Augendruck, Sehstörungen, Hornhaut- oder Netzhauterkrankungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.1.f der Ohren (z.B. vermindertes Hörvermögen, Ohrgeräusche, Lärmschäden, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.1.g der Haut (z.B. Ekzeme, Neurodermitis, Allergie, Schuppenflechte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.1.h des Gehirns oder des Nervensystems (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Lähmungen, Parkinson, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.1.i wie Kopfschmerzen (Schmerzdauer > 6 Stunden täglich, Häufigkeit > 2 x pro Monat) oder Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.1.j des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht, erhöhte Blutfettwerte, Schilddrüsenerkrankungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.1.k der Wirbelsäule oder Bandscheiben (z.B. Bandscheibenvorfall, Nacken- oder Rückenschmerzen, Hexenschuss, Verschleiß, Rückgratverkrümmung, Wirbelgleiten, Wirbelversteifung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.1.l der Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen (z.B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Arthritis, rheumatische Beschwerden, Verschleiß, Frakturen, Knieverletzungen, Beinverkürzungen, Bänderverletzungen, Hüftfehlstellungen, Schulter-Arm-Syndrom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.1.m des Blutes, der Drüsen, der Milz (z.B. Anämien, Gerinnungsstörung, Blutkrebs, Bluterkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.1.n durch akute oder chronische Infektionen (z.B. Malaria, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.1.o aufgrund von Unfällen oder Vergiftungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2 Bestehen zu den unter 3.1 a-o angegebenen Erkrankungen, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen derzeit noch Beschwerden und/oder Folgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Fragen zu besonderen Gefahren			
4.1 Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt:	Ja	Nein	Wenn ja, bitte nähere Angaben bzw. entsprechenden Zusatzfragebogen einreichen.
<ul style="list-style-type: none"> - im Beruf (z.B. durch Umgang mit Chemikalien, radioaktiven, explosiven, toxischen oder infektiösen Stoffen, durch Aufenthalte in Krisengebieten), - bei Sport oder Hobby (z.B. durch Ausübung von Kampfsport, Auto- / Motorradsport, Flug- / Luftsport, Bergsport, Reitsport, Tauchen, Wildwassersport, Rugby oder Teilnahme an Wettbewerben)? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2 Planen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU, Islands, Norwegens, der Schweiz, der USA oder Kanadas von mehr als 3 Monaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. Fragen zu innerhalb der letzten 5 Jahre gestellten Lebensversicherungsanträgen

5.1	Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre von Ihnen beantragte Versicherungen	Ja	Nein	Falls ja, hier bitte nähere Angaben (Gesellschaft, Erschwernis, Jahr, Vertrag aktiv?).
	auf Ihr Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	auf Berufsunfähigkeit / Dienstunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	auf Erwerbsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	auf den Pflegefall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	nicht zu normalen Bedingungen angenommen (z.B. Leistungsausschluss, Risikozuschlag), abgelehnt, zurückgestellt oder wurden solche Anträge aktuell beantragt, aber noch nicht entschieden?			_____

6. Fragen zu beruflichen Tätigkeiten

6.1	In welcher Branche sind Sie tätig?	_____		
6.2	Berufsstatus:	<input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Beam(t)er/-in/ Beamtenanwärter <input type="checkbox"/> Freiberuflich/Selbständig seit _____ Anzahl der festen Mitarbeiter: _____ <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Schüler/-in <input type="checkbox"/> Student/in – Studienrichtung/Semester _____		
6.3	Welche Tätigkeiten üben Sie im Detail aus?	<input type="checkbox"/> Bürotätigkeit zu _____% <input type="checkbox"/> Aufsichtsführende/leitende Tätigkeiten zu _____% <input type="checkbox"/> Handwerkliche/körperliche Tätigkeiten zu _____% <input type="checkbox"/> Reisetätigkeit/Außendiensttätigkeit zu _____% <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ zu _____%		
6.4	Wie hoch ist Ihr derzeitiges jährliches Bruttoeinkommen*? * Bei Arbeitnehmern: Bruttoarbeitslohn einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld Bei Selbständigen: Gewinn/Jahresüberschuss (vor Steuern).	EUR _____ jährlich * Ab einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von 18.000,- EUR ist zusätzlich ein Fragebogen erforderlich.		
6.5	Haben Sie neben der beantragten Berufsunfähigkeitsrente noch weitere Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeitsleistungen zu erwarten (z.B. betrieblicher Altersvorsorge, Beamtenversorgung, berufsständische Versorgung, private Versicherungen)?	<input type="checkbox"/> Keine weiteren Ansprüche vorhanden <input type="checkbox"/> Weitere Ansprüche vorhanden Art: _____ Höhe p.a.: _____ Träger/Gesellschaft: _____ <input type="checkbox"/> Private Versicherung wird aufgehoben zum: _____		

Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten).

- Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben.
- Zu folgenden Fragen habe ich keine Antwort gegeben _____ und reiche daher die Angaben, die ich hier nicht machen möchte, bis zum _____ unverzüglich und schriftlich an die HanseMercur Lebensversicherung AG (Adresse siehe Rückseite) nach.
- Zusätzliche Angaben/ärztliche Befundberichte liegen anbei. Anzahl Extrablätter: _____ Es folgen noch Angaben/ärztliche Befundberichte.

Ich bestätige hiermit, die Rechtsfolgenbelehrung bezüglich meiner gesetzlichen Verpflichtung zur Anzeige aller mir bekannten und für die Übernahme der Gefahr erheblichen Umstände gelesen und verstanden zu haben. Alle mir dazu gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Meine Antworten werden Bestandteil des Antrages.

Die umseitig (Teil A) abgedruckte allgemeine Schweigepflichtentbindungserklärung habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre hiermit meine Zustimmung. Ich kann diese Erklärung jedoch jederzeit widerrufen.

Ort, Datum _____ Unterschrift des/der Antragsteller(s)/-in _____ Unterschrift der zu versichernden Person (unter 18 Jahren auch deren gesetzlicher Vertreter) _____

Ich bestätige, dass der vorstehende Versicherungsantrag in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben wurde. Es sind mir weder andere Mitteilungen über frühere Erkrankungen oder alte Leiden gemacht worden, noch habe ich Anzeichen einer Krankheit, eines alten Leidens oder einer Anomalie bemerkt.

Der/Die Antragsteller/-in hat mir Untersuchungspapiere ausgehändigt: ja nein Unterschrift des/der Vermittler(s)/-in _____ VM-Nr. _____

Schlussfolgerungen des/der Antragsteller(s)/-in und der zu versichernden Person

A. Erklärungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung

1. Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die HanseMerkur Lebensversicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg. E-Mail: leben@hansemerkur.de Bei einem Widerruf per Telefax kann der Widerruf an folgende Faxnummer gerichtet werden: Telefax: (040) 41 19-32 57.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt.

Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Wir erstatten Ihnen aber einen ggf. vorhandenen Rückkaufwert einschließlich der uberschussanteile nach § 169 VVG. Haben Sie die vorgenannte Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, erstatten wir Ihnen Ihren gesamten Beitrag.

Beiträge erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

2. Der Versicherungsschutz besteht ab dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn, sofern der erste Beitrag gezahlt wurde und Sie den Versicherungsschein oder eine schriftliche Annahmeerklärung erhalten haben.

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz zum vorgenannten Beginn, ggf. schon vor dem Ende der Widerrufsfrist, besteht.

3. Mir ist bekannt, dass bei Berufsunfahigkeitsversicherungen aus den Beiträgen die Abschluss- und Verwaltungskosten sowie die Kosten zur Deckung der vorzeitigen Versicherungsfälle (Risikobeiträge) entnommen werden.

Ich wurde außerdem darüber unterrichtet, dass bei Kündigung kein Rückkaufwert fällig wird.

Ich bin an den laufend erwirtschafteten Überschüssen des Versicherungsunternehmens beteiligt, deren Sätze nur für das laufende Jahr garantiert sind.

B. Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der HanseMerkur Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständige(n) Vermittler/-in weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler/-innen dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass die HanseMerkur Versicherungsgruppe und der/die Vermittler/-in meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung (telefonisch, per E-Mail oder per Brief) auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

C. Erlauferung der Tarifbezeichnungen

SB7JM Berufsunfähigkeitsversicherung im Produkt Start Care

SB7M Berufsunfähigkeitsversicherung im Produkt Profi Care

D. Produkterlauferungen

Start Care

Start Care ist eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit Grundschatz für Menschen bis zum Alter von 30 Jahren. Der Versicherungsschutz dieses Produktes konzentriert sich auf das Wesentliche. Dem folgend besteht bei Start Care kein Leistungsanspruch, wenn die Berufsunfähigkeit in einer psychischen Krankheit begründet ist.

Wenn die Umtauschoption in den Vertrag eingeschlossen ist, hat der/ die Versicherungsnehmer/-in zu bestimmten Terminen das Recht, den Versicherungsschutz in das Produkt Profi Care umzutauschen und die Versicherungsdauer zu verlängern. Die genaue Ausgestaltung dieses Optionsrechts ist in den Versicherungsbedingungen beschrieben.

Profi Care

Profi Care ist eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit Komfortschutz, die mit erstklassigen Leistungen und individuellen Gestaltungsmöglichkeiten im Leistungsfall ein sichereres Einkommen garantiert.

Bei Profi Care Invest werden die uberschussanteile zum Kauf von Fondsanteilen verwendet.

E. Erlauferungen zu den angebotenen Dachfonds

Sauren Global Opportunities

Der Sauren Global Opportunities ist ein Spezialitatendachfonds, der schwerpunktmäßig in Aktienfonds investiert. Dabei sind bewusst höhere Gewichtungen in einzelnen Ländern oder Marktsegmenten mit hohen Marktineffizienzen, wie beispielsweise Nebenwerte oder Schwellenländer möglich. Hierdurch hat der Sauren Global Opportunities einen betont spekulativen Charakter.

Sauren Global Growth

Der Sauren Global Growth ist ein weltweit anlegender vermögensverwaltender Dachfonds, der überwiegend in Regional- und Landeraktienfonds investiert. Dabei umfasst das Anlageuniversum auch regionale Nebenwertefonds und Schwellenlanderfonds.

Sauren Global Balanced

Der Sauren Global Balanced ist ein ausgewogener vermögensverwaltender Dachfonds mit Anlageschwerpunkt Europa. Das Portfolio enthält sowohl Aktienfonds als auch Fonds für defensivere Segmente.

F. Erlauferung zur Antragsannahme

1. Den Antrag kann der Versicherer innerhalb von 6 Wochen annehmen. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung, bei Versicherungen mit geforderter ärztlicher Untersuchung jedoch nicht vor dem Tage der Untersuchung.
2. Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Versicherungsschein bzw. die Annahmeerklärung des Versicherers zugegangen ist.
3. Mündliche Abmachungen haben keine Gültigkeit. Nebengebühren und Kosten werden nicht berechnet. Insbesondere sind Versicherungsvermittler/-innen oder Versicherungsmakler/-innen nicht berechtigt, ihrerseits von dem/der Versicherungsnehmer/-in irgendwelche Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben.

G. Hinweis zum Geldwäschegesetz

Falls der Jahresbeitrag (Summe der Beitragsraten) mehr als 1.000,- EUR (bei Versicherungen mit Dynamik: 600,- EUR) oder der Einmalbeitrag/die Beitragsvorauszahlung mehr als 2.500,- EUR beträgt, muss eine Identifikation gemäß Geldwäschegesetz vorgenommen werden.

H. Allgemeine Hinweise

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Lebensversicherungsunternehmen ist im Allgemeinen unerwünscht und für den/ die Versicherungsnehmer/-in unzweckmäßig.

I. Zuständiger Ombudsmann bzw. Aufsichtsbehore

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

Ratenzuschlage:

monatlich	5%
vierteljährlich	3%
halbjährlich	2%
jährlich	kein Zuschlag

Status:

1. Arbeitnehmer/-in (Angestellte/r und Arbeiter/-in)
2. Beamt(er)/-in
3. Selbstständige/r und Freiberufler/-in einschl. Subunternehmer/-in
4. nicht erwerbstätig (einschl. Hausfrauen bzw. -männer)
5. Rentner/-in und Pensionär/-in
6. Student/-in, Auszubildende/r und Beamtenanwärter/-in
7. Kind oder Schüler/-in
8. juristische Person

A. Allgemeine Information zur Verwendung Ihrer Daten/ Allgemeine Schweigepflichtentbindungserklärung

Allgemeine Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses sowie im Leistungsfall benötigt die HanseMerkur Lebensversicherung personenbezogene Daten von Ihnen. Die Verwendung (= Erhebung, Verarbeitung, Nutzung) dieser Daten ist grundsätzlich aufgrund gesetzlicher Vorschriften zulässig. In den nachfolgenden Fällen ist allerdings Ihre Einwilligung erforderlich.

Einwilligung in die Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten für die Risikobeurteilung und Prüfung der Leistungspflicht (Allgemeine Schweigepflichtentbindungserklärung)

1) Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Wir überprüfen Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

2) Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Diese Erklärungen zur Prüfung der Leistungspflicht gelten auch über meinen Tod hinaus.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikobeurteilung oder Prüfung der Leistungspflicht an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Mir ist bewusst, dass sich bei fehlender Zustimmung oder einem Widerruf der Abschluss des von mir beantragten Versicherungsschutzes verzögern kann. Auch bei der Leistungsprüfung können sich deshalb Verzögerungen ergeben und im Einzelfall auch zur Leistungsfreiheit führen, wenn aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise zu begründen ist.

B. Freiwillige Selbstverpflichtungserklärung zu prädiktiven Gentests

Wir haben uns im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen erst ab einer Versicherungssumme von 250.000,- EUR bzw. Jahresrente von 30.000,- EUR offengelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmaterialeines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit. Sämtliche beantragten und bestehenden Versicherungen bei privaten Versicherungsunternehmen werden bei den genannten Summengrenzen berücksichtigt.