

Vermittelt durch:



HDI-Gerling
Lebensversicherung AG
Gereonshof 21-39 · 50670 Köln
Telefon +49 221 144-1
Telefax +49 221 144-3833
www.hdi-gerling.de
Sitz: Köln, Amtsgericht Köln HR B 603

Ergänzung zum Antrag zur unverbindlichen Anfrage vom:

für die Versicherte Person (VP) Mitversicherte Person (MVP)

Versicherungsnehmer/in Fr. Hr. Fa. Name Vorname

VP/MVP Fr. Hr. Name Vorname
Geburtsdatum

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 § 19 ff. VVG sowie in der Gesonderten Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung auf der Rückseite Ihres Antrags bzw. Ihrer unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag.

Erklärungen der VP/MVP

Bitte geben Sie hier immer Ihren Hausarzt bzw. den Arzt oder sonstigen Behandler* an, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse berichten kann.
 kein Hausarzt vorhanden

Bitte beachten Sie, dass wir den von Ihnen angegeben Arzt/Behandler nicht notwendigerweise befragen. Selbst wenn wir dies tun, bleiben Sie verpflichtet, uns alle Fragen vollständig zu beantworten, damit wir die Ihnen bekannten Gefahrumstände bei der Entscheidung zur Risikübernahme berücksichtigen können. Bei den nachstehend in Klammern aufgeführten Angaben handelt es sich lediglich um Beispiele, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben. Ergebnisse evtl. durchgeführter Gentests müssen nicht angegeben werden (siehe Hinweise auf Seite 4 dieses Formulars).

Bitte die Fragen 1 bis 9 immer beantworten.

- Ist auf Ihr Leben – gleichzeitig oder in den letzten 5 Jahren – eine Lebens- oder Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen oder beantragt worden? nein ja
- Hat eine Gesellschaft in den letzten 5 Jahren Erschwerungen verlangt oder den Antrag bzw. eine Angebots-/Versicherungsanfrage/unverbindliche Anfrage abgelehnt oder zurückgestellt? Falls ja, bitte Name der Gesellschaft, Jahr der Antragstellung bzw. der Anfrage, Höhe der Leistung, Übernahmbedingungen (Erschwerungen). nein ja
- Sind Sie im Sport bzw. Ihrer Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Luftsport, Motorsport, Tauchsport, Bergsport, Kampfsport)? Bitte nähere Angaben. nein ja
- Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Auslandsaufenthalt außerhalb Europas von mehr als 6 Monaten anzutreten? Wann, wo und wie lange? nein ja
- Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht (z. B. Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen)? Was und wieviel täglich? nein ja
- Bitte geben Sie hier Ihre Körpermaße an: Größe cm Gewicht kg
- Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt? nein ja
- Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen durch Ärzte, sonstige Behandler* oder im Krankenhaus statt? Wann? Weswegen? Name/Anschrift/Fachrichtung. nein ja

Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen Nr. 1 –7.

Frage	Erläuterungen

Unterschriebene Zusatzblätter sind beigelegt

Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten fünf Jahre. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten fünf Jahren Krankheiten, Gesundheits- oder Funktionsstörungen, Beeinträchtigungen, Beschwerden

- des Herzens oder der Kreislauforgane (z. B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Herzklappenfehler, Herzschwäche, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Thrombose, Venenleiden)? nein ja
- der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)? nein ja
- der Verdauungsorgane: Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z. B. Sodbrennen, Magen-/Darmgeschwür, Entzündungen, Fettleber, erhöhte Leberwerte, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)? nein ja
- der Nieren, der Harnwege oder der Geschlechtsorgane (z. B. Nierensteine, Nierenversagen, Entzündungen, Zysten, Blut oder Eiweiß im Urin)? nein ja
- des Gehirns, des Nervensystems oder der Psyche (z. B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, Migräne, chronischer Kopfschmerz, Psychose, Neurose, Hirnleistungsschwäche)? nein ja
- des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)? nein ja
- des Blutes (z. B. Anämie, Blutkrebs, Gerinnungsstörungen) oder des lymphatischen Systems/der Milz (z. B. Lymphdrüsenentzündung, Milzvergrößerung)? nein ja
- Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose, Hepatitis, Malaria)? nein ja
- gut- oder bösartige Tumorerkrankungen (Krebs)? nein ja
- der Haut (z. B. Ekzem, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte, Melanome)? nein ja
- des Stütz- und Bewegungsapparates wie der Wirbelsäule, der Bandscheiben, der Knochen, der Gelenke (z. B. Schulter-/Hüft- oder Kniegelenke), Funktionsstörungen der Muskeln, Sehnen oder Bänder (z. B. Bewegungseinschränkungen, Rückgratverkrümmung, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, Sehnencheidenentzündung, Gelenkentzündungen, Rheuma, Fibromyalgie)? nein ja
- der Augen (z. B. Sehhörungen; bei Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien)? Bitte angeben: links rechts nein ja
- der Ohren (z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Ohrgeräusche (Tinnitus), Gleichgewichtsstörungen)? nein ja
- Allergien (z. B. Heuschnupfen, Hausstaub, Tierhaare, Insektengift, chemische Substanzen)? nein ja

*unter „sonstiger Behandler“ sind z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten zu verstehen.

Versicherungsnehmer/in

Fr. Hr. Fa. Name

Vorname

VP/MVP

Fr. Hr. Name

Vorname

Geburtsdatum

Erklärungen der VP/MVP

9. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren im Zusammenhang mit den hier angegebenen Gesundheitsstörungen wiederholt Medikamente oder wurden Ihnen solche verordnet? Welche? Seit wann? Dosis pro Tag? Weswegen? nein ja

Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen Nr. 8 a bis 9 (z. B. welche Krankheit, Störung, Beeinträchtigung, Beschwerden? Wann? Wie lange? Behandelnder Arzt/sonstige Behandler*/Krankenhaus? Ergebnis? Folgen?)

Frage	Erläuterungen

Unterschriebene Zusatzblätter sind beigelegt

Für Anträge/Unverbindliche Anfragen mit einem Todesfallschutz von mehr als 100.000 EUR und/oder einer Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit mit einer Monatsprämie (Effektivprämie) von mehr als 250 EUR sowie einer Rente bei Berufsunfähigkeit sind zusätzlich die Fragen 10 bis 13 c zu beantworten.

Folgende Angaben sind zeitlich unbegrenzt zu machen.

10. Bestehen bei Ihnen Beeinträchtigungen körperlicher Art (z. B. Missbildungen, Folgen von operativen Eingriffen oder Unfällen, Amputationen), psychischer/geistiger Art (z. B. Psychosen, Neurosen, Hirnleistungsschwäche)? Welche Krankheit, Störung, Beeinträchtigung/Beschwerden? Seit wann? Behandelnder Arzt/sonstige Behandler*/Krankenhaus? nein ja

Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten zehn Jahre.

11. Wurde eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), eine Schwerbehinderung (GdB) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) anerkannt oder beantragt? Bitte nähere Angaben. nein ja

12. Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren einem oder mehreren operativen Eingriffen – auch mittels Laser – unterzogen, sich aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik oder einem Sanatorium aufgehalten oder sind Operationen oder solche Aufenthalte derzeit angedacht, aber noch nicht durchgeführt worden? nein ja

Wurden Sie in den letzten 10 Jahren beraten, untersucht oder behandelt oder ist dies vorgesehen wegen

13a. gut- oder bösartige Tumorerkrankungen (Krebs)? nein ja

13b. Erkrankungen oder Störungen der Psyche (z. B. Depressionen, Angstzustände, Belastungsreaktion, Essstörungen, Suizidversuche)? nein ja

13c. der Einnahme von Alkohol, des Konsums von Drogen oder sonstiger Suchtmitteln bzw. der Folgen hiervon? nein ja

Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen Nr. 10 bis 13 c (z. B. welche Krankheit, Störung, Beeinträchtigung, Beschwerden? Wann? Wie lange? Behandelnder Arzt/sonstige Behandler*/Krankenhaus? Ergebnis? Folgen?)

Frage	Erläuterungen

Unterschriebene Zusatzblätter sind beigelegt

Bei Berufsunfähigkeitsversicherung

(bitte immer beantworten)

Bei Berufsunfähigkeitsversicherung bitte Angaben zur beruflichen Tätigkeit machen.

Personalverantwortung für (Hierunter fallen neben den direkt unterstellten Personen auch diejenigen der darunter liegenden Hierarchieebenen.)

Personen

Anteil Bürotätigkeit an einem festen Arbeitsplatz in (Hierzu zählen sitzende Tätigkeiten im Büro, die weder körperliche Arbeiten enthalten noch einem ständigen Wechsel des Einsatzortes unterliegen.)

% der Gesamttätigkeit

Anteil der körperlichen Tätigkeit in (Hierzu zählen alle Tätigkeiten, die mit einer Kraftanstrengung verbunden sind.)

% der Gesamttätigkeit

Risikogruppe

Zur Angemessenheitsprüfung bei Beantragung einer Berufsunfähigkeitsrente bitte zusätzlich angeben.

14. Besteht für Sie schon eine Versicherung für den Fall der Berufs-/Erwerbsunfähigkeit (auch Zusatzversicherung) oder ist eine solche beantragt? Name der Gesellschaft, Jahr der Antragstellung, Höhe der Rente, Übernahme zu normalen oder erschwerten Bedingungen? nein ja

15. Bitte geben Sie zusätzlich an, ob weitere Leistungen für den Fall der Berufs-/Erwerbsunfähigkeit erwartet werden: Sozialversicherung/Beamtenversorgung/Zusatzversorgung (z.B. berufsständisches Versorgungswerk), betriebliche Altersversorgung? nein ja

16. Wie hoch ist Ihr jährliches Brutto-Arbeitseinkommen? (Als Einkommen gelten regelmäßige Einkünfte aus Arbeitstätigkeit; Tantiemen oder Sonderzahlungen sind nicht zu berücksichtigen. Bei Selbstständigen/Freiberuflern gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb bzw. Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit als Einkommen, jeweils nach Abzug aller Betriebsausgaben.)

EUR

Bitte immer beantworten

Es wurde eine ärztliche Untersuchung veranlasst. nein ja

Haben Sie die Angaben in der Erklärung zu der Versicherten Person/Mitversicherten Person selbst in dieses Ergänzungsformular eingetragen? nein ja

Hat der Vermittler die Angaben in der Erklärung zu der versicherten Person/mitversicherten Person in dieses Ergänzungsformular eingetragen? nein ja

* unter „sonstiger Behandler“ sind z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten zu verstehen.

Fr. Hr. Fa. Name

Vorname

Fr. Hr. Name

Vorname

Geburtsdatum

Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

I. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

Mit den nachfolgenden Erklärungen ermöglichen Sie eine Datenverwendung solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen. Die Schweigepflichtentbindungserklärungen nach Ziffer 1 a) und b) sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung bzw. Ihrer Anfrage für einen Vertragsvorschlag wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Die Einwilligungserklärungen unter Ziffer 1 c) und 2 sind zur Bearbeitung Ihrer Anfrage bzw. zur Durchführung Ihres Vertrages erforderlich.

1. Verwendung von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

a) Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsabschluss

Mir ist bekannt, dass meine vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft werden, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Derzeit hat die HDI-Gerling Lebensversicherung AG diese Prüfung auf die mit ihr konzernrechtlich verbundene Gesellschaft HDI-Gerling Leben Betriebsservice GmbH übertragen.

Da eine unmittelbare Überprüfung meiner Angaben aufgrund einer Schweigepflichtentbindung bei sonstigen Behandlern (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseure oder Krankengymnasten) nicht möglich ist, werden diese Informationen bei mir unmittelbar angefordert.

In diesem Zusammenhang gebe ich die folgende Erklärung ab:

- Zum Zweck der Risikobeurteilung durch den Versicherer bzw. durch solche Personen oder Gesellschaften, auf die der Versicherer die Aufgabe der Risikobeurteilung überträgt, befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung bzw. vor meiner Anfrage für einen Vertragsvorschlag untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung bzw. eine Anfrage für einen Vertragsvorschlag gestellt habe.
- Ergeben sich nach Vertragsabschluss konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung bzw. der Anfrage für einen Vertragsvorschlag unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.
- Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann den Abschluss des von mir beantragten bzw. angefragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

b) Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass meine Angaben geprüft werden, die ich zur Begründung von Ansprüchen mache oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Da eine unmittelbare Überprüfung aufgrund einer Schweigepflichtentbindung bei sonstigen Behandlern (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseure oder Krankengymnasten) nicht möglich ist, werden diese Informationen bei mir unmittelbar angefordert.

In diesem Zusammenhang gebe ich die folgende Erklärung ab:

- Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht durch den Versicherer bzw. durch solche Personen und Gesellschaften, auf die der Versicherer die Prüfung der Leistungspflicht überträgt, befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, 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.
- Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.
- Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

c) Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch den Versicherer bzw. durch solche Personen oder Gesellschaften, denen der Versicherer diese Aufgabe überträgt, ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen gemäß Ziffer I. 1. erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung auch verwendet werden dürfen

- a) zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die HDI-Gerling Lebensversicherung AG.
- b) zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung bzw. bei der Anfrage für einen Vertragsvorschlag genannt habe.
- c) 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.
- d) 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-Gerling Leben Betriebsservice GmbH übertragen.
- e) 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 sowie durch Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) im Auftrag für die Versicherer verschlüsselt. Auf Basis dieser Systeme kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden.
- f) Im Rahmen der Vertriebsunterstützung dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch den Versicherer von der Schweigepflicht.

II. Erklärung für mitversicherte Personen

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

Unterschriften und Erklärungen

Ort	Datum	Vermittler
Versicherungsnehmer/in u. ggf. Firmenstempel	Versicherte Person (Bei Minderjährigen ggf. Gesetzl. Vertreter/in)	Mitversicherte Person (Bei Minderjährigen ggf. Gesetzl. Vertreter/in)

Wichtige Hinweise

Freiwillige Selbstverpflichtung

Wir haben uns verpflichtet, einen Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines **prädiktiven Gentests** abhängig zu machen. Unter einem prädiktiven Gentest verstehen wir die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit. Befunde von bereits durchgeführten prädiktiven Gentests müssen erst ab einer Versicherungssumme von 250.000 EUR bzw. einer Jahresrente von 30.000 EUR offen gelegt werden; bei den genannten Summengrenzen sind beantragte und bestehende Versicherungen bei unserer und anderen Gesellschaften zu berücksichtigen.