

ANTRAG

LEBENSVERSICHERUNG

LEBENS- ODER BERUFSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

Antrag für eine Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherung

Bei bitte Zutreffendes ankreuzen, Striche oder sonstige Angaben, Zeichen oder Nichtbeantwortung gelten als Verneinung.

Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Name, Vorname		Geburtsdatum	
	Straße, Hausnummer		Telefon (Angabe freiwillig)	
	PLZ	Ort		
	Staatsangehörigkeit		Bei ausländischer Staatsangehörigkeit: Ist Ihnen eine Niederlassungserlaubnis oder eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung für die Bundesrepublik Deutschland erteilt worden?	
	Berufstätigkeit		Arbeitgeber	

Zu versichernde Person – sofern abweichend vom VN <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Name, Vorname		Geburtsdatum	
	Straße, Hausnummer		Telefon (Angabe freiwillig)	
	PLZ	Ort		
	Staatsangehörigkeit		Bei ausländischer Staatsangehörigkeit: Ist Ihnen eine Niederlassungserlaubnis oder eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung für die Bundesrepublik Deutschland erteilt worden?	
	Berufstätigkeit		Arbeitgeber	

Gewünschter Haupttarif	Kapitalversicherungen <input type="checkbox"/> VHV Kapital-Klassik <input type="checkbox"/> als Rückdeckungsversicherung <input type="checkbox"/> VFHI Kollektivtarif – Bitte Original-Aufnahmeantrag beifügen o. Mitglieds-Nr. eintragen	<input type="checkbox"/> VHV Kapital-Exklusiv <input type="checkbox"/> Kollektivversicherung	
	Risikoversicherungen <input type="checkbox"/> VHV Risiko-Basis <input type="checkbox"/> VHV Partner-Risiko-Basis <input type="checkbox"/> als Rückdeckungsversicherung	<input type="checkbox"/> VHV Risiko-Klassik <input type="checkbox"/> VHV Partner-Risiko-Klassik <input type="checkbox"/> Kollektivversicherung	
	Berufsunfähigkeitsversicherungen <input type="checkbox"/> VHV BU-Klassik	<input type="checkbox"/> VHV BU-Exklusiv	

Beantragter Versicherungsumfang	Versicherungsbeginn	01	
	<input type="checkbox"/> Versicherungssumme bzw. BU-Jahresrente		EUR
	<input type="checkbox"/> Versicherungsdauer		Jahre

<input type="checkbox"/> Beitrag	gem. Zahlungsweise (s. Punkt „Beitragszahlung“)		EUR
<input type="checkbox"/> Abweichende Beitragszahlungsdauer			Jahre

Zusatzversicherungen	Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Es gelten die Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)		
	<input type="checkbox"/> VHV BUZ-Klassik <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung <input type="checkbox"/> Versicherungsdauer	<input type="checkbox"/> VHV BUZ-Exklusiv <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung + Rente <input type="checkbox"/> Endalter	<input type="checkbox"/> Versicherte Jahresrente
	Unfall-Zusatzversicherung (Es gelten die Besonderen Bedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung) Bei Unfalltod der versicherten Person/en soll zusätzlich eine Unfallversicherungssumme fällig werden. Der jährliche Zusatzbeitrag je versicherter Person beträgt 0,70 EUR für je 1.000 EUR Unfall-Versicherungssumme. Ja, in <input type="checkbox"/> einfacher <input type="checkbox"/> doppelter Höhe der Versicherungssumme des Haupttarifs.		

Vorversicherung	Haben Sie schon Verträge bei der VHV Lebensversicherung AG?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, unter Vertragsnummer:	

Beitragszahlung	Unsere Beitragsangaben setzen Abbuchung von Ihrem Konto voraus.		
	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> Einmalbeitrag	<input type="checkbox"/> Die Einzugsermächtigung soll auch für bereits bestehende Verträge der VHV Lebensversicherung AG gelten.	
	Der Beitrag wird von meinem/unserem Konto eingezogen. Mit der Erlaubnis zum Beitrageinzug entfällt zugleich die zeit- und kostenintensive Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz.		
	Name/Ort des Geldinstituts	Bankleitzahl	Konto-Nr.
	<input type="checkbox"/> Gilt nur für Firmenversicherungen (Rückdeckungsversicherung): Wir wünschen keinen Beitrageinzug und überweisen bis zum Beginn der Versicherung auf das Konto 101 431 567 bei der NORD/LB Hannover (BLZ 250 500 00). Zur Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz haben wir das Überweiskonto oben eingetragen. Angaben zum wirtschaftlich Berechtigten nach den Vorschriften des Geldwäschegesetzes: Ich handle / Wir handeln für eigene Rechnung. <input type="checkbox"/> Nein, ich handle / Wir handeln für (Name und Anschrift):		

Bezugsrecht	Bezugsberechtigt für alle Leistungen ist a) der Versicherungsnehmer b) falls verstorben ist es: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> Bei Rückdeckungsversicherungen ist stets der Versicherungsnehmer bezugsberechtigt.																																																																																																								
Dynamik	Es gelten die Besonderen Bedingungen für Versicherungen mit Dynamik. Möchte ich einer jährlichen Erhöhung widersprechen, genügt die fristgerechte Rücksendung des Erhöhungsnachtrages. Für Kapitalversicherungen ohne Einschluss von Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrenten <input type="checkbox"/> Ja, die Versicherung soll dynamisch anwachsen. Die jährlichen Beitragserhöhungen sollen sich nach dem angekreuzten Prozentsatz richten. <input type="checkbox"/> Um 5 %, um <input style="width: 50px;" type="text"/> % <input type="checkbox"/> AV: wie Prozentuale Steigerung des Höchstbeitrages zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten, mindestens um 3 % (ggf. einen anderen Satz ab 3 % bis 10 % eintragen). Für Kapitalversicherungen mit Einschluss von Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrenten <input type="checkbox"/> Ja, die Versicherung soll dynamisch anwachsen. Die jährliche Beitragserhöhung beträgt 3 %. Für die Berufsunfähigkeitsversicherung VHV BU-Klassik oder VHV BU-Exklusiv <input type="checkbox"/> Ja, die Versicherung soll dynamisch anwachsen. Die BU-Rente des Vorjahres erhöht sich jährlich um 3 %.																																																																																																								
Risiko- und Gesundheits-erklärung der zu versichernden Person	<p>Wichtiger Hinweis zur Anzeigepflicht: Bitte beachten Sie, dass Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung gesetzlich verpflichtet sind, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Was wir unter Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden verstehen, haben wir für Sie auf der Rückseite erläutert. Allein auf diesem Wege erreichen Sie einen individuell auf Sie abgestellten und wirksamen Versicherungsschutz. Hat Ihnen eine andere Person (z.B. Versicherungsvermittler) bei der Ausfüllung des Antrags geholfen, bitten wir Sie ebenfalls die Angaben vor Unterschrift zu überprüfen. Die VHV Leben kann bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, ihn kündigen, ihn anpassen oder die Leistung verweigern. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.</p> <p>Freiwillige Selbstverpflichtung Wir haben uns gegenüber dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Angaben zu evtl. bereits durchgeführten prädiktiven Gentests müssen bei der Beantwortung der folgenden Fragen nur unter bestimmten Voraussetzungen gemacht werden. Erläuterungen dazu entnehmen Sie bitte der Schlusserklärung. Wenn Sie eine oder mehrere der folgenden Fragen bejahen, benötigen wir Erläuterungen unter Punkt 2. Reicht der Raum für die Beantwortung nicht aus, fügen Sie bitte ein zusätzliches Blatt bei und verweisen darauf.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1.</td> <td colspan="4">Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen gegenwärtig bei Ihnen Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden?</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">a)</td> <td>des Herzens, des Kreislaufs, der Gefäße (z.B. erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Schmerzen in der Herzgegend, Herzfehler, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Durchblutungsstörung, Venenentzündung, Thrombose, Lymphödem, Schlaganfall)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">b)</td> <td>an Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z.B. wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Emphysem, Schlafapnoe, berufsbedingte Atemwegsprobleme)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">c)</td> <td>an Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Leber (z.B. Magengeschwür, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Fettleber, Darmentzündungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d)</td> <td>an Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z.B. Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystennieren, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung, Zysten)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">e)</td> <td>des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">f)</td> <td>Blut- oder Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörungen)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">g)</td> <td>akute oder chronische Infektionen (z.B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">h)</td> <td>der Psyche (z.B. Angststörung, Depression, Neurose, Psychose, Essstörung, Überlastungszustand, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Burnout-Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">i)</td> <td>des Gehirns, Rückenmarks, Nervensystems oder neurologischer Art (z.B. Hirnleistungsstörungen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Schwindel, Migräne, Multiple Sklerose)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">j)</td> <td>des Rückens, der Wirbelsäule, der Bandscheiben (z.B. Nackenschmerzen, Rückenbeschwerden, Rückgratverkrümmung, Lumbago, Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Ischias)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">k)</td> <td>der Knochen, Gelenke (z.B. Abnutzung, Verschleiß, Entzündung, rheumatische Beschwerden, Bänderverletzung, Hüftfehlstellung, Schulter-, Knieschmerzen, Beinverkürzung, Rheuma, Arthrose)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">l)</td> <td>der Haut, Allergien (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Psoriasis)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">m)</td> <td>der Augen (z.B. Sehstörung, Doppelbilder, Kurzsichtigkeit von mehr als 7 Dioptrien, Hornhaut- Netzhauterkrankung, grauer/grüner Star, erhöhter Augendruck)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">n)</td> <td>der Ohren (z.B. Ohrensausen, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen)?</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> </tr> </table> <p>2. Wenn Sie eine oder mehrere Fragen unter 1a) bis n) bejaht haben, benötigen wir noch folgende Angaben (ggf. gesondertes Blatt benutzen):</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Zu Frage Nr.</th> <th style="width: 35%;">Ausführliche Angaben, Art, Verlauf, Folgen (z.B. der Krankheit, Störung?) Ergebnis der Untersuchung?</th> <th style="width: 15%;">Wann? Wie oft? Wie lange?</th> <th style="width: 25%;">Behandelnde Ärzte, (Physio-) Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)?</th> <th style="width: 15%;">Bestehen noch Beschwerden und/oder Folgen?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. Wurden Sie darüber hinaus in den letzten 5 Jahren untersucht, beraten, behandelt oder operiert? Von welchen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktikern oder Physiotherapeuten? Bitte Anschrift angeben. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann, weshalb?</p>					1.	Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen gegenwärtig bei Ihnen Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden?				a)	des Herzens, des Kreislaufs, der Gefäße (z.B. erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Schmerzen in der Herzgegend, Herzfehler, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Durchblutungsstörung, Venenentzündung, Thrombose, Lymphödem, Schlaganfall)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		b)	an Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z.B. wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Emphysem, Schlafapnoe, berufsbedingte Atemwegsprobleme)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		c)	an Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Leber (z.B. Magengeschwür, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Fettleber, Darmentzündungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		d)	an Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z.B. Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystennieren, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung, Zysten)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		e)	des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		f)	Blut- oder Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörungen)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		g)	akute oder chronische Infektionen (z.B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		h)	der Psyche (z.B. Angststörung, Depression, Neurose, Psychose, Essstörung, Überlastungszustand, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Burnout-Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		i)	des Gehirns, Rückenmarks, Nervensystems oder neurologischer Art (z.B. Hirnleistungsstörungen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Schwindel, Migräne, Multiple Sklerose)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		j)	des Rückens, der Wirbelsäule, der Bandscheiben (z.B. Nackenschmerzen, Rückenbeschwerden, Rückgratverkrümmung, Lumbago, Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Ischias)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		k)	der Knochen, Gelenke (z.B. Abnutzung, Verschleiß, Entzündung, rheumatische Beschwerden, Bänderverletzung, Hüftfehlstellung, Schulter-, Knieschmerzen, Beinverkürzung, Rheuma, Arthrose)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		l)	der Haut, Allergien (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Psoriasis)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		m)	der Augen (z.B. Sehstörung, Doppelbilder, Kurzsichtigkeit von mehr als 7 Dioptrien, Hornhaut- Netzhauterkrankung, grauer/grüner Star, erhöhter Augendruck)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		n)	der Ohren (z.B. Ohrensausen, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		Zu Frage Nr.	Ausführliche Angaben, Art, Verlauf, Folgen (z.B. der Krankheit, Störung?) Ergebnis der Untersuchung?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte, (Physio-) Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)?	Bestehen noch Beschwerden und/oder Folgen?					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
1.	Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen gegenwärtig bei Ihnen Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden?																																																																																																								
a)	des Herzens, des Kreislaufs, der Gefäße (z.B. erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Schmerzen in der Herzgegend, Herzfehler, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Durchblutungsstörung, Venenentzündung, Thrombose, Lymphödem, Schlaganfall)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																																																																																						
b)	an Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z.B. wiederholte oder chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Emphysem, Schlafapnoe, berufsbedingte Atemwegsprobleme)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																																																																																						
c)	an Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Leber (z.B. Magengeschwür, Magen- oder Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis, Fettleber, Darmentzündungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																																																																																						
d)	an Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z.B. Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystennieren, Steinleiden, Blut- oder Eiweißausscheidung, Zysten)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																																																																																						
e)	des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit, erhöhtes Cholesterin, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																																																																																						
f)	Blut- oder Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörungen)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																																																																																						
g)	akute oder chronische Infektionen (z.B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																																																																																						
h)	der Psyche (z.B. Angststörung, Depression, Neurose, Psychose, Essstörung, Überlastungszustand, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Burnout-Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																																																																																						
i)	des Gehirns, Rückenmarks, Nervensystems oder neurologischer Art (z.B. Hirnleistungsstörungen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Schwindel, Migräne, Multiple Sklerose)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																																																																																						
j)	des Rückens, der Wirbelsäule, der Bandscheiben (z.B. Nackenschmerzen, Rückenbeschwerden, Rückgratverkrümmung, Lumbago, Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Ischias)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																																																																																						
k)	der Knochen, Gelenke (z.B. Abnutzung, Verschleiß, Entzündung, rheumatische Beschwerden, Bänderverletzung, Hüftfehlstellung, Schulter-, Knieschmerzen, Beinverkürzung, Rheuma, Arthrose)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																																																																																						
l)	der Haut, Allergien (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Psoriasis)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																																																																																						
m)	der Augen (z.B. Sehstörung, Doppelbilder, Kurzsichtigkeit von mehr als 7 Dioptrien, Hornhaut- Netzhauterkrankung, grauer/grüner Star, erhöhter Augendruck)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																																																																																						
n)	der Ohren (z.B. Ohrensausen, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																																																																																						
Zu Frage Nr.	Ausführliche Angaben, Art, Verlauf, Folgen (z.B. der Krankheit, Störung?) Ergebnis der Untersuchung?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte, (Physio-) Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift)?	Bestehen noch Beschwerden und/oder Folgen?																																																																																																					
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																																																																					
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																																																																					
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																																																																					
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																																																																					

4.	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente, Drogen, Alkohol, Betäubungs- oder Rauschmittel zu sich bzw. werden oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen der Folgen des Konsums beraten oder behandelt? Von welchen Ärzten? Bitte Anschrift angeben.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche?															
5.	Haben Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann, welcher Art, bestehen Folgen?															
6.	Wurden in den letzten 5 Jahren Kontroll-/Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, welche Grunderkrankung/Störung lag diesen Untersuchungen zugrunde?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Grund für die Kontrolle/Nachsorge?															
7.	Bestehen bei Ihnen derzeit körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigungen (z.B. Behinderungen, Missbildungen, Folgen von Unfällen, Erkrankungen, Amputationen), oder wurde eine Erwerbsminderung (MdE), Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB) anerkannt oder beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welcher Grad?															
8.	Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja															
9.	Bestehen bei anderen Gesellschaften bereits Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen oder haben Sie solche beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bei welcher Gesellschaft? Todesfallsumme? BUZ-Jahresrente?															
10.	Fahren Sie aktiv ein motorisiertes Zweirad über 50 ccm, ein Quad oder ein Trike (auch Saisonfahrer)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welcher Art?															
11.	Betreiben Sie Flugsport (z.B. Drachen-, Gleitschirm-, Segelfliegen, Motorflug, Ultraleichtflug, Fallschirmspringen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welcher Art?															
12.	Sind Sie beruflich oder privat Gefahren ausgesetzt (z.B. Umgang mit, bzw. Arbeiten im Nahbereich von radioaktiven, toxischen, infektiösen oder explosiven Stoffen, Tauchsport, Bergsport, Motorsport, Kampfsport, Militaryreiten, Kunstflug)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welchen?															
13.	Werden Sie voraussichtlich in den nächsten 12 Monaten für länger als 6 Monate in das außereuropäische Ausland reisen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann? Wohin?															
14.	Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht? Wenn nein, beachten Sie bitte die Nichtrauchererklärung in der Schlusserklärung.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wieviel täglich?															
15.	Wie groß und wie schwer sind Sie?	Größe cm Gewicht kg															
16.	Die folgenden Fragen bitte nur ausfüllen bei beantragter Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherung mit Rentenleistungen:																
Welchen Beruf üben Sie zur Zeit aus? Berufsbezeichnung: Branche:																	
Geben Sie uns bitte eine genaue Tätigkeitsbeschreibung Ihres derzeit ausgeübten Berufs:																	
<table border="0"> <tr> <td>Prozentualer Anteil Ihrer Tätigkeit</td> <td>– kaufmännisch/organisatorisch/verwaltend:</td> <td><input type="text"/> %</td> <td>– körperlich/handwerklich:</td> <td><input type="text"/> %</td> </tr> <tr> <td></td> <td>– Außendienst/Reisetätigkeit:</td> <td><input type="text"/> %</td> <td>– künstlerisch:</td> <td><input type="text"/> %</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>– kreativ:</td> <td><input type="text"/> %</td> </tr> </table>			Prozentualer Anteil Ihrer Tätigkeit	– kaufmännisch/organisatorisch/verwaltend:	<input type="text"/> %	– körperlich/handwerklich:	<input type="text"/> %		– Außendienst/Reisetätigkeit:	<input type="text"/> %	– künstlerisch:	<input type="text"/> %				– kreativ:	<input type="text"/> %
Prozentualer Anteil Ihrer Tätigkeit	– kaufmännisch/organisatorisch/verwaltend:	<input type="text"/> %	– körperlich/handwerklich:	<input type="text"/> %													
	– Außendienst/Reisetätigkeit:	<input type="text"/> %	– künstlerisch:	<input type="text"/> %													
			– kreativ:	<input type="text"/> %													
Sind Sie <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in? <input type="checkbox"/> Beamter/in? <input type="checkbox"/> Selbstständig?																	
Seit wann? Anzahl der Beschäftigten:																	
Mussten Sie bereits aus gesundheitlichen Gründen Ihren Beruf wechseln? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann und weshalb?																	
Ist in absehbarer Zeit ein Berufswechsel beabsichtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, in welchen neuen Beruf? Berufsbezeichnung des neuen Berufs:																	
<table border="0"> <tr> <td>Bei Jahresrenten ab 12.000 EUR (einschließlich aller bestehender privater Vorversicherungen) bitte das jährliche Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten 3 Jahre angeben:</td> <td>Jahr</td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Jahr</td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Jahr</td> <td>EUR</td> </tr> </table>			Bei Jahresrenten ab 12.000 EUR (einschließlich aller bestehender privater Vorversicherungen) bitte das jährliche Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten 3 Jahre angeben:	Jahr	EUR		Jahr	EUR		Jahr	EUR						
Bei Jahresrenten ab 12.000 EUR (einschließlich aller bestehender privater Vorversicherungen) bitte das jährliche Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten 3 Jahre angeben:	Jahr	EUR															
	Jahr	EUR															
	Jahr	EUR															
Bei Jahresrenten ab 30.000 EUR (einschließlich aller bestehender privater Vorversicherungen) benötigen wir Einkommensnachweise über das Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten 3 Jahre! <input type="checkbox"/> liegen bei																	
Haben Sie zur Vervollständigung ein gesondertes Blatt (Unterschrift erforderlich) beigefügt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																	
Schweigepflichtentbindung	Ich habe mich für die Einzel-Ermächtigung zur umseitigen Entbindung von der Schweigepflicht (Variante 2) entschieden: <input type="checkbox"/> Andernfalls gilt die Pauschal-Ermächtigung (Variante 1) .																
Empfangsbestätigung	Ich bestätige den Erhalt der Verbraucherinformation, der Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Leistungen, der Modellrechnung (nur bei Kapitallebensversicherung) sowie der dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen.	Unterschrift VN															
Wichtiger Hinweis	Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte unbedingt die Schlusserklärung. Die Erklärung enthält unter anderem Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung. Sie ist wichtiger Bestandteil dieses Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärung zum Inhalt dieses Antrages.																
Unterschrift	<table border="0"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>Ort und Datum</td> <td>Unterschrift des/der Versicherungsnehmers/in</td> <td>Tagsüber telefonisch erreichbar unter (Angabe freiwillig):</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>Unterschrift des Vermittlers</td> <td>Unterschrift der zu versichernden Person</td> <td>Bei Minderjährigen: Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten</td> </tr> </table>		<input type="text"/>	Ort und Datum	Unterschrift des/der Versicherungsnehmers/in	Tagsüber telefonisch erreichbar unter (Angabe freiwillig):	<input type="text"/>	Unterschrift des Vermittlers	Unterschrift der zu versichernden Person	Bei Minderjährigen: Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten							
<input type="text"/>	Ort und Datum	Unterschrift des/der Versicherungsnehmers/in	Tagsüber telefonisch erreichbar unter (Angabe freiwillig):														
<input type="text"/>	Unterschrift des Vermittlers	Unterschrift der zu versichernden Person	Bei Minderjährigen: Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten														
Vorstand: Frank Hilbert, Sprecher / Claus Blänkner / Jürgen A. Junker Vorsitzender des Aufsichtsrates: Uwe H. Reuter / Registergericht: Amtsgericht Hannover / HRB 61465																	

Garantie für den vorläufigen Versicherungsschutz

Die VHV Lebensversicherung AG garantiert aufgrund Ihres Antrags vorläufigen Versicherungsschutz.

Vorläufiger Versicherungsschutz wird gewährt, wenn der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als 2 Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt und der Einlösungsbeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist.

Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten Kapital-Leistungen (höchstens jedoch 100.000 EUR) und beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei der VHV Lebensversicherung AG eingeht.

Detaillierte Informationen entnehmen Sie bitte den „Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung“.

VHV Lebensversicherung AG

Frank Hilbert

Jürgen A. Junker

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung (VV08V)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer.

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten Kapital-Leistungen.
- (2) Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir die beantragte Versicherungssumme. Wir zahlen jedoch höchstens EUR 100.000, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz, dass

- a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als 2 Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
- b) uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist;
- c) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
- d) Ihr Antrag nicht von den von uns gebotenen Tarifen und Bedingungen abweicht;
- e) die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 7. Lebensjahr schon und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht.
- (2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn
 - a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
 - b) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben;
 - c) Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben;
 - d) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben;
 - e) der Einzug des Einlösungsbeitrages aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.
- (3) Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Unsere Leistungspflicht ist – soweit nichts anderes vereinbart ist – ausgeschlossen für die Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen (Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen), nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor seiner Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt auch für solche Ursachen, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.
- (2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.
- (3) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem und mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen, soweit die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, entfällt unsere Leistungspflicht.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen gesonderten Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für das erste Versicherungsjahr des beantragten Versicherungsvertrages. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsumme gemäß § 1 Abs. 2. Bereits gezahlte Beträge rechnen wir an.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung

- und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?
- (1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.
 - (2) Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Schlussklärung, wichtig für die Antragstellung

Diese Erklärungen gelten für alle Versicherungen:

Datenschutz

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir, die VHV Lebensversicherung AG, insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt, anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt. Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch für die Fälle, die nicht von vornherein durch die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden.

Mit den Datenschutz-Einwilligungen ermöglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen. Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

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

1. zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die VHV Lebensversicherung AG,
2. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe,
3. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Unternehmen der VHV-Gruppe*, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten,
4. 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,
5. durch andere Unternehmen / Personen innerhalb und außerhalb der VHV-Gruppe*, 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,
6. zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis 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,
7. zur Beratung und Information **per Telefon oder per E-Mail über weitere Produkte der VHV-Gruppe***,
8. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die VHV Lebensversicherung AG Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten (Bonität) sowie eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit (Scoring) bei einer der folgenden Auskunftsteilen einholt:
 - SCHUFA Holding AG, Komoranweg 5, 65203 Wiesbaden, www.schufa.de
 - arvato infoscore GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.arvato-infoscore.de
 - INFORMA Unternehmensberatung GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa.de
 - Verband der Vereine Creditreform e.V., Hellersbergstraße 12, 41460 Neuss, www.creditreform.de

* Der VHV-Gruppe gehören z. Zt. folgende Unternehmen an:

- VHV Vereinigte VHV Versicherung a. G., Hannover,
- VHV Allgemeine Versicherung AG, Hannover,
- VHV Dienstleistungen GmbH, Hannover,
- VHV Holding AG, Hannover,
- VHV Vermögensanlage AG, Hannover,
- Hannoversche Lebensversicherung AG, Hannover,
- Hannoversche Direktversicherung AG, Hannover,
- VHV Lebensversicherung AG, Hannover,
- VHV insurance services GmbH, Hannover,
- HANNO-CONSULT Beratungs- und Vermittlungs-GmbH, Hannover,
- HANNO-PENSION-Versorgungs-Management e.V., Hannover,
- Neue Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft Aktiengesellschaft, Mannheim,
- WH Versicherungsvermittlung Hannover GmbH, Hannover,
- WAVE Management AG, Hamburg.

Rechtsnachfolge bei privaten Versicherungen

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

Beitragszahlung an Vermittler

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

Sonstiges

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

Diese Erklärungen gelten zusätzlich für Versicherungen mit Gesundheitsprüfung:

Gefahrerhöhung nach Antragstellung

Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Verletzung der Anzeigepflicht

Verletzt der Antragssteller seine Pflicht, wahrheitsgemäße Angaben zu machen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Antragssteller die Pflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. Bei fahrlässiger Verletzung kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung von einer Frist von einem Monat kündigen. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung und das Kündigungsrecht des Versicherers wegen fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer in Kenntnis der nicht angezeigten Umstände den Vertrag zu anderen Bedingungen bzw. zu einem höheren Beitrag geschlossen hätte. In diesem Fall werden diese Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Erhöht sich der Beitrag um mehr als 10% oder hat der Versicherer den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand ausgeschlossen, kann der Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos gekündigt werden. Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht, die Sie zusammen mit Ihren Vertragsunterlagen erhalten haben.

Datenschutz und Entbindung von der Schweigepflicht

Ihre vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über den Gesundheitszustand der versicherten Person werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos und/oder unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Bitte entscheiden Sie sich in diesem Zusammenhang für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten. Kreuzen Sie nicht die Variante 2 an, gilt automatisch Variante 1.

Variante 1: Zum Zweck der Risikobeurteilung **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 5 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Die VHV Lebensversicherung AG wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. 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.

Variante 2: Die vorstehende Erklärung möchte ich für die Risikobeurteilung 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 Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt. Im Todesfall nach Vertragsschluss gilt die Schweigepflichtentbindung gemäß Variante 1.

Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch die VHV Lebensversicherung AG ein. **Ich willige ferner ein**, dass diese Gesundheitsdaten zum Zwecke der Vertragsabwicklung, des Datenaustauschs mit dem Vorversicherer, der Rückversicherung, der Erledigung durch andere Unternehmen/Personen, der Missbrauchsbekämpfung und der Beratung und Information verwendet werden dürfen. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden. Im Rahmen der Beratung und Information dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung ein konkreter Anlass besteht. Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, **entbinde ich** hiermit auch den Versicherer und dessen Mitarbeiter von der Schweigepflicht. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

Diese Erklärung gilt zusätzlich für Nichtraucher-Risikoversicherungen:

Nichtrauchererklärung der versicherten Person

Ich bestätige, dass ich in den vergangenen 12 Monaten vor Vertragsschluss weder Zigaretten noch Zigarren, Pfeife oder sonstigen Tabak unter Feuer konsumiert habe und auch beabsichtige in Zukunft Nichtraucher zu bleiben. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, eine Änderung des Nichtraucherstatus (bei der Partner-Risikoversicherung auch die Änderung des Nichtraucherstatus nur einer versicherten Person) nachträglich unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Die Versicherung wird dann ab dem nächsten Monatsersten nach Zugang der Meldung bei der VHV Lebensversicherung AG in den entsprechenden Tarif mit dem erforderlichen Beitrag für Raucher eingestuft. Im Falle von unrichtigen Antragsangaben zum Rauchen und Mitursächlichkeit des Rauchens für den Eintritt des Versicherungsfalles vermindert sich die Versicherungssumme auf den Betrag, der bei Vertragsabschluss für den gleichen Beitrag für den Normaltarif R versichert worden wäre. Das Gleiche gilt für die Verletzung der nachträglichen Anzeigepflicht.

Weitere Sonderregelungen für Versicherungen mit Gesundheitsprüfung:

Gentests

Ein prädiktiver Gentest im Sinne der Verpflichtungserklärung ist eine vorhersagende Untersuchung des Erbmaterials auf das Vorliegen einer Erbgutveränderung. Bei einem prädiktiven Gentest wird ein Gesunder untersucht, ob er die Veranlagung für eine bestimmte Erkrankung trägt und daran erkranken kann. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen erst offen gelegt werden, wenn die insgesamt für die versicherte Person bei allen Versicherungsunternehmen beantragten und bereits abgeschlossenen Versicherungen die Grenze von 250.000 EUR Versicherungssumme, bzw. von 30.000 EUR Jahresrente erreicht oder diese überschritten wird.

Erläuterung zu den Begriffen Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Beschwerden

Unter einer Krankheit verstehen wir einen (in aller Regel durch einen Arzt, Heilbehandler oder sonstigen Therapeuten) diagnostizierten anormalen körperlichen oder geistigen Zustand, der eine nicht ganz unerhebliche Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Funktionen mit sich bringt. Eine Gesundheitsstörung weist noch nicht die Intensität einer Krankheit auf, sondern bezieht sich auf sämtliche nicht nur belanglosen oder rasch vergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, auch wenn die Ursache unbekannt ist. Beschwerden liegen bereits dann vor, wenn Sie sich in Ihrem subjektiven Empfinden gesundheitlich beeinträchtigt gefühlt haben, gleich ob ein Arzt daraufhin die Diagnose einer Krankheit stellen konnte oder ob Sie den Beschwerden Krankheitswert zugemessen haben.

Unsere Versicherungsbedingungen

Die nachstehend aufgeführten Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen gelten (je nach Tarif) für diesen Antrag:

- Allgemeine Bedingungen für die Lebensversicherung
- Besondere Bedingungen für die kapitalbildende Versicherung
- Besondere Bedingungen für die Risikoversicherung
- Besondere Bedingungen für Versicherungen mit Dynamik
- Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung
- Besondere Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung
- Besondere Bedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung