

# Gesundheitserklärung

zum Antrag/zur unverbindlichen Anfrage vom:  Tag  Monat  Jahr

Versicherungs-Nr.   
sofern bekannt

Versicherungsnehmer (VN)

Versicherte Person (VP)

## 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 auf der Seite „Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht / Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ dieses Dokuments.**

## Bitte beim Abschluss einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits(zusatz)versicherung immer beantworten:

### Angaben zur beruflichen Tätigkeit der VP

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

**Risikogruppe**   Angestellter  Beamter  Selbständiger/Freiberufler seit wann?  Tag  Monat  Jahr

Schüler  Auszubildender  Student  Student im letzten Viertel des Studiums/Medizinstudent ab Physikum

nur bei EGO Basic

1. Personalverantwortung für  Personen  Anzahl (Dies gilt für Vollzeitkräfte. Hierunter fallen neben den direkt unterstellten Personen auch diejenigen der darunter liegenden Hierarchieebenen. Die Mitarbeiterkapazität von Teilzeitkräften wird entsprechend addiert und kaufmännisch gerundet.)

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

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

Diese drei Angaben müssen nicht bei EGO Basic ausgefüllt werden.

## Vereinfachte Gesundheitsprüfung für die Berufsunfähigkeitszusatzversicherung

(ausschließlich bei reiner Prämienbefreiung bei BU zu Rententariifen mit folgenden Voraussetzungen)  
Hinweis: Die vereinfachte Gesundheitsprüfung gilt auch für den Tarif TwoTrust Invest mit Prämienbefreiung bei BU und/oder einem Mindestbetrag für die Todesfallleistung in Höhe von höchstens 40 % der Prämiensumme (max. 30.000 EUR; beim Einmalprämientarif max. 100 % der Prämiensumme).

- Die **Jahres-Gesamtprämie\*** (inkl. BUZ-Prämienbefreiung) beträgt **höchstens 3.000 EUR**. Beim Tarif TwoTrust Invest gilt dies nur, sofern eine Prämienbefreiung bei BU beantragt wird.
- Das **Eintrittsalter** beträgt **höchstens 50 Jahre**.
- Die **erhöhte Anfangsdynamik (P20(X%))** ist **nicht eingeschlossen**.
- Die jährliche **Dynamisierung** der Hauptversicherung **im BU-Leistungsfall** beträgt **höchstens 3 %**.
- In den letzten 5 Jahren wurde kein Antrag auf Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Versicherung der zu versichernden Person bei HDI aus gesundheitlichen Gründen abgelehnt oder zurückgestellt.
- Die folgenden **Gesundheitsfragen** werden **vollständig mit „nein“** beantwortet.

**Sofern eine der obigen Voraussetzungen nicht erfüllt ist oder die folgenden Fragen nicht vollständig mit „nein“ beantwortet werden können, beantworten Sie bitte die Fragen der Allgemeinen Gesundheitsprüfung auf den folgenden Seiten.**

\* unter Berücksichtigung aller bei HDI innerhalb der letzten 12 Monate abgeschlossenen Verträge mit BUZ-Prämienbefreiung gegen vereinfachte Gesundheitsprüfung

### Angaben zur Gesundheit der VP

(nur für Basisrente und private Altersvorsorge/ 3. Schicht)

A. Waren Sie in den letzten 2 Jahren länger als 2 Wochen durchgehend oder sind Sie derzeit nicht in der Lage, aus gesundheitlichen Gründen Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben?  nein  ja

B. Befinden Sie sich derzeit in medizinischer Behandlung wegen einer Krebserkrankung, eines Herzinfarkts bzw. Schlaganfalls, einer Störung der Psyche, Diabetes, einer Erkrankung des Rückens oder des Bewegungsapparates oder fanden in den letzten 2 Jahren diesbezüglich Behandlungen durch Ärzte oder sonstige Behandler<sup>1)</sup> statt?  nein  ja

C. Besteht bei Ihnen eine anerkannte Erwerbsminderung (MdE/GdS<sup>2)</sup>), Schwerbehinderung (GdB<sup>3)</sup>) oder Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit oder wurde eine solche in den letzten 2 Jahren beantragt oder wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt?  nein  ja

### Angaben zur Gesundheit der VP

(nur für bAV)

I. Waren Sie in den letzten 2 Jahren länger als 4 Wochen durchgehend oder sind Sie derzeit nicht in der Lage, aus gesundheitlichen Gründen Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben?  nein  ja

II. Besteht bei Ihnen eine anerkannte Erwerbsminderung (MdE/GdS<sup>2)</sup>), Schwerbehinderung (GdB<sup>3)</sup>) oder Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit oder wurde eine solche in den letzten 2 Jahren beantragt?  nein  ja

<sup>1)</sup> Unter „sonstige Behandler“ sind z.B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Krankengymnasten zu verstehen.

<sup>2)</sup> MdE = Minderung der Erwerbsfähigkeit; GdS = Grad der Schädigungsfolgen

<sup>3)</sup> GdB = Grad der Behinderung

## Vereinfachte Gesundheitsprüfung für die Erwerbsunfähigkeitsrente

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

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

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

Angaben zur  
Gesundheit  
der VP

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

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

Angaben zur  
Gesundheit  
der VP

**Gesundheitsprüfung für die Zusatzversicherung bei schwerer Krankheit oder bei Tod** (nicht bei bAV) (nur auszufüllen, wenn die Zusatzversicherung in Verbindung mit einer Erwerbsunfähigkeitsversicherung gewünscht ist!)

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

## Allgemeine Gesundheitsprüfung

Angaben der  
versicherten  
Person (VP)

Bei den nachstehenden in Klammern aufgeführten Angaben handelt es sich lediglich um Beispiele, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben. Ergebnisse evtl. durchgeführtter Gentests müssen nicht angegeben werden (siehe wichtige Hinweise bezüglich der Informationen zu genetischen Untersuchungen im Rahmen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) auf der Seite 6)

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

Angaben zur  
Gesundheit  
der VP

4. Bitte geben Sie Ihre Körpermaße an: Größe     cm Gewicht     kg
- Zeitlich nicht befristete Fragen**
5. Bestehen körperliche Beeinträchtigungen (wie angeborene Erkrankungen, Missbildungen oder fehlende Gliedmaßen), oder bestehen bleibende Beeinträchtigungen (zum Beispiel Bewegungseinschränkungen, Bandscheibenschädigung, Blindheit, Gehörlosigkeit)? Nennen Sie bitte auch den Grad der Behinderung (GdB), die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder der Wehrdienstbeschädigung (WDB).  nein  ja
6. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) festgestellt?  nein  ja
7. Bestehen oder bestanden bösartige Tumorerkrankungen (wie Krebs oder Leukämie)?  nein  ja

**Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 10 Jahre**

8. Wurden Sie in den letzten zehn Jahren operiert (auch ambulant) oder stationär behandelt (dazu zählen auch Kur-/ Reha-Aufenthalte, Entzugsbehandlungen, Strahlen-/Chemotherapie), oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?  nein  ja

**Bezogen auf die derzeitigen Gegebenheiten und die letzten 5 Jahre**

9. Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen durch Ärzte, sonstige Behandler\* oder im Krankenhaus statt? Falls ja: Bitte nennen Sie jeweils den Termin und den Grund. Nennen Sie auch Namen, Anschrift und die Fachrichtung.  nein  ja
10. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Gesundheits- oder Funktionsstörungen, Beeinträchtigungen, Beschwerden:
- 10a. des Herzens, der Gefäße oder der Kreislauforgane (zum Beispiel ein ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Herzfehler, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Angina Pectoris, Thrombose, Krampfadern)?  nein  ja
- 10b. der Atmungsorgane: Dies sind Lunge, Bronchien, Luftröhre, Nase oder Rachen (zum Beispiel Asthma, rezidivierende oder chronische Bronchitis, Schlafapnoe)?  nein  ja

- 10c. der Verdauungsorgane: Dies sind Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (zum Beispiel Magen-/Darmgeschwür, Entzündungen, Fettleber, erhöhte Leberwerte, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarmsyndrom)?  nein  ja
- 10d. der Nieren, der Harnwege oder der Geschlechtsorgane (zum Beispiel Nierensteine, Nierenversagen, Entzündungen, Blut oder Eiweiß im Urin)?  nein  ja
- 10e. des Gehirns und des Nervensystems (zum Beispiel Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, chronischer Kopfschmerz, Migräne)?  nein  ja
- 10f. der Psyche (zum Beispiel Depressionen, Angstzustände, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Suizidversuch, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Burn-out, Erschöpfungszustände), Suchterkrankung (Konsum von Drogen, drogenähnlichen Substanzen, Medikamenten oder Alkohol)?  nein  ja
- 10g. des Stoffwechsels (zum Beispiel Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)?  nein  ja
- 10h. des Blutes (zum Beispiel Anämie, Blutkrebs, Gerinnungsstörungen) oder des lymphatischen Systems/der Milz (zum Beispiel Lymphdrüsenentzündung)?  nein  ja
- 10i. Infektionskrankheiten (zum Beispiel Tuberkulose, Hepatitis, Malaria)?  nein  ja
- 10j. gutartige Tumorerkrankungen (zum Beispiel Adenome, Zysten)?  nein  ja
- 10k. der Haut (zum Beispiel Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Melanome, Abszess)?  nein  ja
- 10l. des Stütz- und Bewegungsapparates wie der Wirbelsäule, der Bandscheiben, der Knochen, der Gelenke, der Muskeln, der Sehnen oder der Bänder (zum Beispiel Bewegungseinschränkungen, Rückgratverkrümmung, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, Sehnen-scheidenentzündung, Gelenkentzündungen, Arthrosen, Rheuma, Fibromyalgie)?  nein  ja
- 10m. der Augen (zum Beispiel Linseneintrübung, Netzhautablösung, erhöhter Augeninnendruck, Laser-Behandlung)?  nein  ja
- 10n. Besteht eine Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien?  
Falls ja: Bitte geben Sie die betreffende Dioptrienzahl an. links  +/-  rechts  +/-  nein  ja
- 10o. der Ohren (zum Beispiel Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen)?  nein  ja
- 10p. Allergien (zum Beispiel Heuschnupfen, Hausstaub, Tierhaare, Insektengift, chemische Substanzen)?  nein  ja
11. Nehmen oder nahmen Sie im Zusammenhang mit den hier angegebenen Gesundheitsstörungen über einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen apothekenpflichtige Medikamente, oder wurden Ihnen solche verordnet? Falls ja: Bitte nennen Sie die Medikamente. Seit wann nehmen Sie diese? Wie hoch ist die Dosis pro Tag? Und weswegen nehmen Sie diese?  nein  ja

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

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

Angaben zur  
Gesundheit  
der VP

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

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

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

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

Frage Erläuterungen


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

Bitte bei  
Platzmangel ein  
separates, vom VN  
unterschiedenes  
Blatt verwenden!

## Zusätzliche Prüfung für eine Rente bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

Angaben zur Angemessenheit

1. Bestehen für Sie schon (Zusatz-)Versicherungen für den Fall der Berufs-/Erwerbsunfähigkeit, oder wurden solche beantragt?  nein  ja  
Falls ja: Nennen Sie bitte jeweils den Namen der Gesellschaft, das Jahr der Antragstellung bzw. der Anfrage, die Schicht (Basisrente, betriebl. Altersversorgung, private Absicherung), die Höhe der Leistung und die Art der Versicherung.
- | Gesellschaften | Jahr  | Schicht |
|----------------|-------|---------|
| _____          | _____ | _____   |
- Höhe der Leistung/Prämienbefreiung p.a. \_\_\_\_\_  
Art der Versicherung (BU/EU) \_\_\_\_\_
2. Wie hoch ist Ihr **letztes jährliches Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit?** \_\_\_\_\_  
(Als Einkommen gelten regelmäßige Einkünfte aus Arbeitstätigkeit; Tantiemen oder Sonderzahlungen sind nicht zu berücksichtigen. Bei Selbständigen/Freiberuflern gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb bzw. Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit als Einkommen, jeweils nach Abzug aller Betriebsausgaben.)

## Allgemeine Angaben – bitte immer ausfüllen

- Es wurde eine ärztliche Untersuchung gemäss der Annahmerichtlinien veranlasst.  nein  ja  
Für die Gesundheitsfragen wurde zusätzlich ein gesondert unterschriebenes Blatt verwendet.  nein  ja  
Haben Sie die Angaben in der Erklärung selbst in dieses Formular eingetragen?  nein  ja  
Hat der Vermittler die Angaben in der Erklärung in dieses Formular eingetragen?  nein  ja

Besondere Vereinbarungen

Die folgenden besonderen Vereinbarungen werden nur gültig bei schriftlicher Bestätigung:

Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung

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

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die HDI Lebensversicherung AG

Ich willige ein, dass die HDI Lebensversicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

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

### Möglichkeit I:

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

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

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

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

### Möglichkeit II:

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

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

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

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

### 2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

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

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

Die HDI Lebensversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die HDI Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die HDI Lebensversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die HDI Lebensversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Bitte wählen Sie eine der beiden Möglichkeiten aus!

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

### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

**Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die HDI Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.**

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

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die Informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99,

76532 Baden-Baden, [www.informa-irfp.de](http://www.informa-irfp.de)) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

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

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

### 3.5 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler – s. Antragsformular

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

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


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

## Erklärungen

Ich habe die gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung zur Kenntnis genommen.

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

Unterschrift  Vermittler \_\_\_\_\_

Unterschrift  Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_  
ggf. Firmenstempel

Unterschrift  Versicherte Person \_\_\_\_\_  
sofern vom VN abweichend; bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter

# Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

## Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der HDI Lebensversicherung AG, Charles-de-Gaulle-Platz 1, 50679 Köln schriftlich nachzuholen.

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

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

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

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

### Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

#### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

Haben Sie einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages gestellt, so geben Sie mit der Unterzeichnung des Antragsformulars und dessen Weiterleitung an uns Ihre Vertragserklärung ab. Sofern Sie eine unverbindliche Anfrage für einen Vertragsvorschlag stellen, besteht Ihre Vertragserklärung in der Erklärung der Annahme unseres Vertragsvorschlages uns gegenüber.

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

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

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

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

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

##### 2. Kündigung

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

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

##### 3. Vertragsänderung

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

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

##### 4. Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

##### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

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

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

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

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

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