

Rentenversicherung mit InvestAnteil

Versicherungsbeginn **0 1** | **2 0**

Kind 1
= versicherte Person

Tarif	Aufschubzeit	Beitragszahl-dauer	Garantierte Rente	Garantierte Kapitalabfindung	Rentendauer	Rentenzahl-weise	Garantiezeit	oder Kapitalgarantie im Todesfall	Monatsbeitrag LV	Dynamik 5% oder
RB7M	Jahre	Jahre	EUR	EUR	lebenslang	monatlich	Jahre	<input type="checkbox"/> ja	EUR	%

Überschussverwendung Tarif RB7M: verzinsliche Ansammlung oder InvestAnteil Tarif RBI7M %

Fondsauswahl: **Sauren Global Growth** oder **Sauren Global Balanced** oder **Sauren Global Opportunities**

Wachstumsorientiert/erhöhtes Chancen-Risikoverhältnis | Sicherheitsorientiert/ausgewogenes Chancen-Risikoverhältnis | Chancenorientiert/hohes Chancen-Risikoverhältnis

Bezugsberechtigung (widerruflich) im Erlebensfall _____ im Todesfall _____

Kind 2
= versicherte Person

Tarif	Aufschubzeit	Beitragszahl-dauer	Garantierte Rente	Garantierte Kapitalabfindung	Rentendauer	Rentenzahl-weise	Garantiezeit	oder Kapitalgarantie im Todesfall	Monatsbeitrag LV	Dynamik 5% oder
RB7M	Jahre	Jahre	EUR	EUR	lebenslang	monatlich	Jahre	<input type="checkbox"/> ja	EUR	%

Überschussverwendung Tarif RB7M: verzinsliche Ansammlung oder InvestAnteil Tarif RBI7M %

Fondsauswahl: **Sauren Global Growth** oder **Sauren Global Balanced** oder **Sauren Global Opportunities**

Wachstumsorientiert/erhöhtes Chancen-Risikoverhältnis | Sicherheitsorientiert/ausgewogenes Chancen-Risikoverhältnis | Chancenorientiert/hohes Chancen-Risikoverhältnis

Bezugsberechtigung (widerruflich) im Erlebensfall _____ im Todesfall _____

Angaben zum Gesundheitszustand
(gilt für die Sparten A und B)

Es sind auch solche Krankheiten und Beschwerden (innerhalb der abgefragten Zeiträume) anzugeben, die ausgeheilt sind, die nicht behandelt wurden, und auch solche, die für unwesentlich gehalten wurden, jedoch nicht kurzfristige Erkältungen wie Husten, Schnupfen, soweit nicht dabei Mandel- und/oder Nebenhöhlenbeschwerden auftraten. Bei ausgeheilten Krankheiten und Beschwerden geben Sie bitte an, seit wann Beschwerde- und Behandlungsfreiheit besteht. Wird eine der gestellten Fragen 1. bis 6. mit „ja“ beantwortet, sind ergänzende Angaben erforderlich. Ihre ausführlichen Angaben, tragen Sie bitte in der Tabelle im Anschluss an die Gesundheitsfragen ein. Vielen Dank.

	Kind 1 Größe _____ cm Gewicht _____ kg	Kind 2 Größe _____ cm Gewicht _____ kg
1. Bestehen und/oder bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten, Anomalien und/oder Unfallfolgen (ggf. Kostenträger nennen), die nicht ärztlich und/oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Heilpraktiker) behandelt wurden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Wurden in den letzten 3 Jahren Behandlungen/Untersuchungen von Ärzten und/oder Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Heilpraktiker) durchgeführt und/oder sonstige Gesundheitsstörungen/Anomalien festgestellt? (Auch solche, die der Feststellung einer frischen oder abgelaufenen Virusinfektion [Hepatitis, HIV] dienen und/oder die zu einem anderen krankhaften Befund [Rheuma, Allergien, Asthma] oder bei weiblichen Personen zur Feststellung einer Schwangerschaft [bitte Schwangerschaftswoche (SSW) angeben] führten)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein SSW _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein SSW _____
3. Sind Behandlungen/Untersuchungen durch Ärzte und/oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Heilpraktiker) für die Zukunft angeraten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Besteht und/oder bestand eine Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit und/oder eine Essstörung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Wurden in den letzten 3 Jahren für das Kind Krankenhausbehandlungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Sind Behandlungen in Krankenhäusern für die Zukunft angeraten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Name, Anschrift und Telefonnummer des Hausarztes, Zahnarztes bzw. behandelnder Fachärzte oder Heilpraktiker:
Kind 1 _____ **Kind 2** _____

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und vom Antragsteller/-in und der zu versichernden Person bzw. ihrem gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben. Anlage(n) beigelegt: ja, Anzahl _____ nein

Zu Kind Nr.	Zu Frage Nr.	Art der Beschwerden, Krankheiten, Anomalien, Unfallfolgen, Behandlungen, Untersuchungen; Name der Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel	von	bis	Die genannten Behandlungen, bzw. Untersuchungen waren Routineuntersuchungen ohne krankhaften Befund	Die Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen sind folgenlos ausgeheilt:	Nein, es sind weitere Behandlungen geplant; und zwar:	Nein, es sind keine weiteren Behandlungen geplant	Ja, seit
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

Angaben zu anderen Versicherungen innerhalb der letzten 5 Jahre

Bestehen, bestanden oder wurden beantragt (und noch nicht entschieden)? (Es sind auch abgelehnte Anträge anzugeben. Hier bitte unter „von/bis“ einen entsprechenden Hinweis geben.)	Zu Kind	ja	nein	von	bis	Krankenkasse und/oder privates Versicherungsunternehmen und/oder Beihilfeträger	Versicherungsnummer	Gekündigt von wem?
Krankenhaustagegeldversicherung _____ EUR	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T T M M J J	T T M M J J			
Pflegetaggeldversicherung _____ EUR	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Unfallversicherung _____ EUR	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Mit jeder beantragten Versicherung wird ein rechtlich selbständiger Versicherungsvertrag begründet. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlussklärungen des/der Antragsteller(s)/-in und der zu versichernden Personen auf der Rückseite dieses Antrags. Die in diesen Schlussklärungen enthaltenen allgemeine Schweigepflichtentbindungserklärungen für die Kranken- und Unfallversicherung habe ich zur Kenntnis genommen und stimme ihr zu. Ich kann diese Erklärung jedoch jederzeit widerrufen. Diese Erklärungen enthalten auch Hinweise zur Datenverarbeitung; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlussklärungen zum Inhalt dieses Antrages.

Ich habe die Verbraucherinformation „Knrps & Co.“ Juli 2008 bzw. KC 001 - 07/2008 am _____ erhalten.
 Es wurde ein Beratungsprotokoll erstellt, dessen Durchschrift/Kopie ich erhalten habe.

Ort, Datum _____ Unterschrift des/der Antragsteller(s)/-in ① _____ Unterschrift des/der Antragsteller(s)/-in ② _____

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

Schlusserklärungen des/der Antragsteller(s)/-in und der zu versichernden Personen sowie Hinweise/Erklärungen/Erläuterungen

A. Allgemeine Hinweise

1. Eine Durchsicht dieses Antrages wird Ihnen sofort nach Unterzeichnung ausgehändigt.
2. **Bitte beantworten Sie die Fragen im Antrag vollständig und richtig. Sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.**
3. Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Kranken- bzw. Lebensversicherung ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzuweckmäßig.

B. Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

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

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

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

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

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

C. Zuständiger Ombudsmann bzw. Aufsichtsbehörde

Soweit es die Krankenversicherung betrifft:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de

oder, soweit es die Unfall- oder Lebensversicherung betrifft,
Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de

oder auch in beiden Fällen

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin),
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

D. Allgemeine Information zur Verwendung Ihrer Daten

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

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

1.1. Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

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

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 5 Jahren für die Krankenversicherung aG (für die Lebensversicherung 10 Jahre) vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war, oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

1.2. Prüfung der Leistungspflicht

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

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

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

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine (mit-) zu versichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen (mit-) zu versichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

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

E. Erklärungen und Hinweise zur Krankenversicherung (Tarife PS1G, PTA 30, EST und KH 25)

1. Für die Versicherung gelten die Versicherungsbedingungen – denen der unabhängige Treuhänder zugestimmt hat –, die jeweiligen Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers sowie die Satzung.
2. Der Versicherungsvertrag wird für zwei Versicherungsjahre geschlossen. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht vom Versicherungsnehmer und in Kenntnis der betroffenen versicherten Person(en) zum Ablauf der Vertragszeit fristgemäß gekündigt wird.
3. Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird.
4. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung, nicht jedoch vor dem Versicherungsbeginn und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
5. Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz zum vorgenannten Beginn, ggf. schon vor dem Ende der Widerrufsfrist, besteht. Informationen über das Widerrufsrecht finden Sie in der Verbraucherinformation unter „Wichtige Informationen“.
6. Falls ich gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so kann ich diese der HanseMerkur Krankenversicherung aG unmittelbar schriftlich mitteilen.
7. Mir ist bekannt, dass ich ohne Zustimmung des Versicherers nicht berechtigt bin, bei einem anderen Versicherungsunternehmen eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung zu beantragen oder abzuschließen. Bei einem Verstoß gegen diese Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Krankenhaustagegeldversicherung mit sofortiger Wirkung zu kündigen und bereits erbrachte Leistungen zurückzufordern.
8. Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers aber vor der Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht gemäß o. g. Absatz, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht ist jedoch ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer aber das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein vorhandenes Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode, Vertragsbestandteil.

Status:	<ol style="list-style-type: none">1. Arbeitnehmer/-in (Angestellte/r und Arbeiter/-in)2. Beamte(r)/-in3. Selbständige/r und Freiberufler/-in einschl. Subunternehmer/-in4. nicht erwerbstätig (einschl. Hausfrauen bzw. -männer)5. Rentner/-in und Pensionär/-in6. Student/-in, Auszubildende/r und Beamtenanwärter/-in7. Kind oder Schüler/-in8. juristische Person
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

F. Erklärungen und Hinweise zur Unfallversicherung

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag, den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) und, sofern beantragt, nach den – Besondereren Bedingungen „Tod des Antragstellers“ – sowie nach den gesetzlichen Bestimmungen und der Verbraucherinformation.

Vertragsdauer, Kündigung

Der Versicherungsvertrag wird nach Ihrem Wunsch für die Dauer von einem, zwei oder drei Jahren geschlossen sofern nicht eine Vertragslaufzeit von weniger als einem Jahr vereinbart wird (Kurzfristvertrag).

Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf der vereinbarten festen Vertragsdauer stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald die erste Prämie gezahlt ist, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Wird die erste Prämie erst danach angefordert, dann aber innerhalb von 14 Tagen gezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Widerruf

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die HanseMercur Allgemeine Versicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg. E-Mail: shu_versicherungen@hansemerkur.de. Bei einem Widerruf per Telefax kann der Widerruf an folgende Faxnummer gerichtet werden: Telefax: (0 40) 41 19-32 57.

Widerrufsfolgen

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

Den Teil Ihrer Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren. Prämien erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Besonderer Hinweis

Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter.

Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Hinweise auf die Pflicht zur Anzeige von Gefahrumständen (1) und auf die Rechtsfolgen der Verletzung der Anzeigepflicht (2)

1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers aber vor der Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht gemäß o. g. Absatz, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht ist jedoch ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer aber das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

2) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein vorhandenes Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Versicherungsteuer

Die gesetzliche Versicherungsteuer beträgt derzeit 19%.

Unwiderrufliche Bezugsberechtigung

Versterben die Antragsteller zu 1 und/ oder 2 infolge eines versicherten Unfallereignisses, so sind deren zum Unfallzeitpunkt nach diesem Unfallprodukt „Knirps & Co.“ versicherten Kinder hinsichtlich der Versicherungsleistung zu gleichen Teilen unwiderruflich bezugsberechtigt.

HanseMercur Krankenversicherung aG

Postanschrift: 20352 Hamburg
Hausanschrift: Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Telefon: (0 40) 41 19-11 00, Telefax: -32 57, www.hansemerkur.de

Vorstand: Fritz Horst Melsheimer (Vors.),
Dr. Andreas Gent, Peter Ludwig, Eberhard Sautter,
Holger Ehses (stv.)

Aufsichtsrat: Dr. Gottfried Arnold (Vors.)
Sitz: Hamburg, Handelsregister: Hamburg B 1875
UST-IdNr.: DE118618326

HanseMercur Allgemeine Versicherung AG

Postanschrift: 20352 Hamburg
Hausanschrift: Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Telefon: (0 40) 41 19-19 50, Telefax: -32 57, www.hansemerkur.de

Vorstand: Fritz Horst Melsheimer (Vors.),
Dr. Andreas Gent, Peter Ludwig, Eberhard Sautter,
Holger Ehses (stv.)

Aufsichtsrat: Dr. Gottfried Arnold (Vors.)
Sitz: Hamburg, Handelsregister: Hamburg B 16768
UST-IdNr.: DE171619957

HanseMercur Lebensversicherung AG

Postanschrift: 20352 Hamburg
Hausanschrift: Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
Telefon: (0 40) 41 19-44 00, Telefax: -32 57, www.hansemerkur.de

Vorstand: Fritz Horst Melsheimer (Vors.),
Dr. Andreas Gent, Peter Ludwig, Eberhard Sautter,
Holger Ehses (stv.)

Aufsichtsrat: Dr. Gottfried Arnold (Vors.)
Sitz: Hamburg, Handelsregister: Hamburg B 77401
UST-IdNr.: DE171619973

G. Erklärungen und Hinweise zur Rentenversicherung

1. Mir ist bekannt, dass bei Rentenversicherungen aus den Beiträgen die Abschluss- und Verwaltungskosten sowie die Kosten zur Deckung der vorzeitigen Versicherungsfälle (Risikobeiträge) entnommen werden. Deshalb fällt bei Kündigung der Rentenversicherung in den ersten Jahren kein oder nur ein niedriger Rückkaufswert an. Über die Entwicklung des Rückkaufswertes gibt mir der Versicherungsschein Auskunft.

Ich bin an den laufend erwirtschafteten Überschüssen des Versicherungsunternehmens beteiligt, deren Sätze nur für das laufende Jahr garantiert sind.
Mir ist bekannt, dass Beiträge zu zahlen sind, die unter Umständen mit ihrem Gesamtbeitrag die Versicherungsleistung übersteigen können.

2. Erläuterung der Tarifbezeichnungen
RB7M aufgeschobene Rentenversicherung mit Mehrberatung
RBI7M Zusatzbaustein „Fonds“ zu Tarif RB7M

3. Erläuterung zum InvestAnteil
Haben Sie einen InvestAnteil nach Tarif RBI7M eingeschlossen, wird der Gesamtbeitrag ihrer Rentenversicherung in einen Garantiebeitrag und einen Beitrag zum InvestAnteil aufgeteilt. Die Höhe des Beitrages zum InvestAnteil ist in Ihrem Versicherungsschein dokumentiert. Aus dem Beitrag zum InvestAnteil werden nach Abzug von Teilen zur Kostendeckung Anteile des von Ihnen gewählten Dachfonds erworben.
Das Kapitalanlagerisiko für die im Dachfonds gehaltenen Anteile liegt in vollem Umfang bei Ihnen. Insbesondere kann sich bei Kursrückgängen die Leistung aus dem Dachfonds deutlich vermindern.

4. Erläuterung zur Antragsannahme
Den Antrag kann der Versicherer innerhalb von 6 Wochen annehmen. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung.

Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Versicherungsschein bzw. die Annahmeerklärung des Versicherers zugegangen ist.

5. Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die HanseMercur Lebensversicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg. E-Mail: leben@hansemerkur.de Bei einem Widerruf per Telefax kann der Widerruf an folgende Faxnummer gerichtet werden: Telefax: (040) 41 19-3257.

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

Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Wir erstatten Ihnen aber einen ggf. vorhandenen Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 VVG. Haben Sie die vorgenannte Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, erstatten wir Ihnen Ihren gesamten Beitrag.
Beiträge erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

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

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