

**Versicherungsantrag  
Senior Care**

Beantragter Versicherungsbeginn

0 1 | 2 0

Wird von der HanseMerkur ausgefüllt  
VE Personen-Nr. (Vers.-Nr.) Abschlussverm. AD-Nr. Bestandsbetr. AD-Nr. GKD-Nr. SV AD-Versand  
1 0 4 | 0 2 9 0 7 0 0 | 0 2 9 0 7 0 0 | | |  ja

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

**Antragsteller/-in** Name/Titel/Firmenname, Gesellschaftsform, Vorname, Straße, Postfach/Zustellergängung, Haus-Nr., Geburtsdatum, Postleitzahl, Wohnort, Telefon\* (privat), Telefon\* (geschäftlich), Staatsangehörigkeit, Fax\*, E-Mail\*, Familienstand\*  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet  eingetragene Partnerschaft  eheähnliche Gemeinschaft, Derzeitige berufl. Tätigkeit (Haupt- und Nebenberuf)

**Inkasso** Der Beitrag soll bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden:  Bankverbindung gilt für alle Verträge, Bankleitzahl, Kontonummer, Geldinstitut/Ort, **Kontoinhaber/-in, falls nicht Antragsteller/-in:** Name/Vorname/Firmenname, Unterschrift, **Kontoinhaber/-in, falls nicht Antragsteller/-in:**

**Zahlungsweise**  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich  einmalig (Ratenzuschläge siehe Rückseite)

**Zu versichernde Person** Name, Vorname, Geburtsdatum,  Frau  Herr, Hinweis: Wenn Antragsteller/-in = versicherte Person, dann nur die grün markierten Felder ausfüllen, Derzeitige berufliche Tätigkeit (Haupt- und Nebenberuf), Berufsschlüssel, **Rechtsnachfolger des/der Versicherungsnehmer(s)/-in ist die versicherte Person (ggf. abweichende Anmerkungen unter „Besondere Vereinbarungen“).**

**Bezugsberechtigung**  der/die Ehepartner/-in (zzt. des Ablebens gültige Ehe) oder (Name, Vorname/Geburtsdatum/Anschrift) (widerruflich)

**Lebensversicherung bei der HanseMerkur Lebensversicherung AG**

**Senior Care** Tarif **ST7M**, Vers.-Dauer **lebenslang**, Beitragszahlungsdauer Jahre, Garantierte Versicherungssumme EUR, Überschussverwendung **Verzinsliche Ansammlung**, Gesamtbeitrag LV EUR

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

**Dynamische Unfallversicherung bei der HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG** Abweichender Vertragsbeginn, 00:00 Uhr Vertragsende, 00:00 Uhr  
Eintrittsalter von 50 Jahre bis Endalter 75 Jahre. 2 0 | 2 0

Senior aktiv	Leistungen in EUR	A	B	C	Ereignet sich ein Unfall bei einer beruflichen Tätigkeit unter gefahrerhöhenden Umständen, so betragen dafür die Versicherungssummen die Hälfte der im Versicherungsschein dokumentierten Versicherungssummen (siehe Rückseite Unfallversicherung/Leistungen).
Invaldität (Grundsumme)		20.000,-	25.000,-	30.000,-	<input type="checkbox"/> 10% Bündelnachlass in Verbindung mit LV Prämien inkl. 5% Ratenzahlungszuschlag und 19% gesetzlicher Versicherungsteuer.
bei 100% Invaldität (Progression 500%)		100.000,-	125.000,-	150.000,-	
Unfallkrankenhaustagegeld (UKT)		10,-	15,-	20,-	
Auslands-UKT		20,-	30,-	40,-	
Serviceleistungen		10.000,-	10.000,-	10.000,-	
Kurbehilfe und Rehaufhilfe		3.000,-	3.000,-	3.000,-	
<b>1 - 2 Jahre Laufzeit monatlich</b>		<input type="checkbox"/> <b>8,39 EUR</b>	<input type="checkbox"/> <b>10,69 EUR</b>	<input type="checkbox"/> <b>12,98 EUR</b>	
<b>3 Jahre Laufzeit monatlich</b>		<input type="checkbox"/> <b>7,96 EUR</b>	<input type="checkbox"/> <b>10,15 EUR</b>	<input type="checkbox"/> <b>12,33 EUR</b>	

**Angaben zum Gesundheitszustand (nur Unfall)** Wird eine dieser Fragen mit „JA“ beantwortet, sind ausführliche Angaben z. B. welche Erkrankungen, welche Medikamente, wann der Unfall erfolgte und die Zusendung einer Kopie vom Pflegegutachten/Feststellungsbescheid/Antrag erforderlich. Bitte als Anlage zum Antrag mit einreichen.

	Person 1	Person 2
1. Bestehen aktuell Beschwerden, Erkrankungen, Gebrechen, Behinderungen, Verletzungs-/Unfallfolgen und/oder chronische Leiden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Wurden in den letzten 12 Monaten oder werden regelmäßig Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Hat die zu versichernde Person während der letzten 5 Jahre Körperverletzungen durch Unfälle oder Knochenbrüche erlitten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Besteht eine Schwerbehinderung, Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit oder liegt eine Eingruppierung in eine Pflegestufe vor? Wurden entsprechende Anträge gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

Mit jeder beantragten Versicherung wird ein rechtlich selbständiger Versicherungsvertrag begründet. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen des/der Antragsteller(s)/-in und der zu versichernden Person. Diese Erklärungen enthalten Ermächtigungen zur Datenverarbeitung und die Schweigepflichtbindungserklärung für die Unfallversicherung; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Diese habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre hiermit meine Zustimmung. Ich kann dieser Erklärung jederzeit widersprechen. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrages. Sie können Ihre Vertragserklärung(en) innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die HanseMerkur Lebensversicherung AG bzw. für die Unfallversicherung an die HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg.

Ich habe die Verbraucherinformation **BL 023** Version **Juli 2008** für die Lebensversicherung sowie das Produktinformationsblatt am \_\_\_\_\_ erhalten.  
 Ich habe die Verbraucherinformation **AU 005** Version \_\_\_\_\_ für die Unfallversicherung sowie das Produktinformationsblatt am \_\_\_\_\_ erhalten.  
 Es wurde ein Beratungsprotokoll erstellt, dessen Durchschrift/Kopie ich erhalten habe.  
 Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des/der Antragsteller(s)/-in \_\_\_\_\_ Unterschrift der zu versichernden Person \_\_\_\_\_ Unterschrift des/der Vermittler(s)/-in\*\* \_\_\_\_\_

\* Diese Angaben sind freiwillig.

\*\* Ich bestätige, dass der vorstehende Versicherungsantrag eigenhändig unterschrieben wurde.

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

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



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

## A. Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Vertragserklärung(en) innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die HanseMerkur Lebensversicherung AG bzw. für die Unfallversicherung an die HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg, E-Mail: leben@hansemerkur.de bzw. shu.versicherungen@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.

Für die Lebensversicherung gilt, dass wir Ihnen aber einen ggf. vorhandenen Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 VVG erstatten. Haben Sie die vorgenannte Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, erstatten wir Ihnen Ihren gesamten Beitrag/ Prämie.

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

## B. Erklärungen für die Lebens- und Rentenversicherung

1. 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.

2. Mir ist bekannt, dass bei Lebensversicherungen aus den Beiträgen die Abschluss- und Verwaltungskosten sowie die Kosten zur Deckung der vorzeitigen Versicherungsfälle (Risikobeiträge) entnommen werden. Deshalb fällt bei Kündigung der Lebensversicherung 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 Gesamtbetrag die Versicherungsleistung übersteigen können.

## C. Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

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

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

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

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

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

## D. Allgemeine Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses sowie im Leistungsfall benötigt die HanseMerkur Allgemeine Versicherung 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 Schweigepflichtbindungserklärung)**

### 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 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 Schweigepflichtbindung 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 Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

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

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

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine (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. Erläuterung der Tarifbezeichnungen der Lebensversicherung

### Sterbegeldversicherungen Senior Care

ST7M Sterbegeldversicherung mit gestaffelter Leistung  
Bei Tod der versicherten Person wird folgende Leistung fällig:

#### Laufende Beitragszahlung

bis zum Ablauf der ersten 6 Monate	die eingezahlten Beiträge
ab 7. bis Ablauf 12. Monat	25% der garantierten Versicherungssumme
ab 13. bis Ablauf 15. Monat	50% der garantierten Versicherungssumme
ab 16. bis Ablauf 18. Monat	75% der garantierten Versicherungssumme
ab 19. Monat	100% der garantierten Versicherungssumme

#### Einmalbeitrag

bis zum Ablauf der ersten 6 Monate	die eingezahlten Beiträge
ab 7. Monat	100% der garantierten Versicherungssumme

Stirbt die versicherte Person an den Folgen eines Unfalls, besteht bereits ab Beginn voller Todesfallschutz in Höhe der garantierten Versicherungssumme.

## F. Besondere Hinweise zur Unfallversicherung

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag, den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) und – soweit entsprechender Versicherungsschutz vereinbart wurde – nach den Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung, sowie den gesetzlichen Bestimmungen.

### 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.

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

### Nicht versicherbarer Personenkreis

Dieser Antrag gilt nicht für Artisten, beruflich fliegendes Personal, Bergleute unter Tage, Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler, Feuerwerker, Mitarbeiter in Munitionsfabriken, Munitions- (auch Minen- u. Ä.) Such- und Räumpersonal, Rennfahrer, Rennreiter, Sprengpersonal, Berufstaucher/Tauchlehrer, Tierbändiger und ähnliche Berufe.

### Leistungen

**Berufliche Tätigkeiten unter gefahrerhöhenden Umständen sind** Tätigkeiten von Arbeitern im Straßenbau, Hochbau, Tiefbau, ferner für folgende Handwerker: Dachdecker, Elektriker an Leitungen über 250 Volt, Gerüstbauer, Gipser, Kranführer, Zimmerer sowie Antenneninstallateure, Berufskraftfahrer und -beifahrer, Berufs- und Zeitsoldaten der Bundeswehr und Angehörige des Bundesgrenzschutzes, im Außendienst tätige Angehörige der Polizei und der Feuerwehr, Personen beschäftigt mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen, Schiffspersonal, Schornsteinfeger.  
Alle Änderungen in der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sind unverzüglich anzuzeigen.

### Dynamik

Die Versicherungssummen und Prämien erhöhen sich jährlich um 5%. Diese Erhöhung kann jedes Jahr widerrufen werden. Es gelten die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Prämie (BB Dynamik).

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

1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrvorfälle, die für den Abschluss 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.

## G. Hinweis zum Geldwäschegesetz

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

## H. Zuständiger Ombudsmann bzw. Aufsichtsbehörde

Versicherungsombudsmann e.V.  
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de

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

Ratenzuschläge:	Lebensversicherung	Unfallversicherung
monatlich	5%	5%
vierteljährlich	3%	5%
halbjährlich	2%	3%
jährlich	kein Zuschlag	kein Zuschlag
einmalig	kein Zuschlag	-

## HanseMerkur 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 Ehnes (stv.)

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

## HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG

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

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

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