

Bitte füllen Sie den Antrag sorgfältig mit blauem oder schwarzem Kugelschreiber in Großbuchstaben aus. Zutreffendes ankreuzen. Beachten Sie auch die Hinweise und Erläuterungen, insbesondere zu den Hinweisnummern, auf der vorherigen Seite.

Beantragt werden nur Versicherungen, die angekreuzt sind.

# ANTRAG AUF RISIKOVERSICHERUNG – JUNGE LEUTE



<input type="checkbox"/> Bereits versichert / Nr.		-		Vermittler-Nr.		-		
<b>VERSICHERUNGSNEHMER (VN) 1</b> Bei Partnersversicherung = 1. versicherte Person								
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr						
Vorname								
Nachname								
Straße							Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort							
Geburtsdatum	T	T	M	M	J	J	J	Staatsangehörigkeit
Geburtsland				Geburtsort				
Telefon tagsüber*				Fax*				
E-Mail*							*freiwillige Angabe	
Derzeitige Berufstätigkeit								
<b>VERSICHERTE PERSON 2</b> <input type="checkbox"/> Wie Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Bei Partnersversicherung = 2. versicherte Person								
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr						
Vorname								
Nachname								
Straße							Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort							
Geburtsdatum	T	T	M	M	J	J	J	Staatsangehörigkeit
Geburtsland				Geburtsort				
Telefon tagsüber*				Fax*				
Familienstand	<input type="checkbox"/> Single bzw. allein- oder getrennt lebend		<input type="checkbox"/> verheiratet oder zusammenlebend		<input type="checkbox"/> sonstiges		*freiwillige Angabe	
Anzahl minderjähriger Kinder im gleichen Haushalt								
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 und mehr								
Berufstätigkeit								
Berufsstatus								
<input type="checkbox"/> Selbständige(r) / Freiberufler		<input type="checkbox"/> Beamte(r)		<input type="checkbox"/> Angestellte(r)		<input type="checkbox"/> Arbeiter(in)		
<input type="checkbox"/> Student(in)		<input type="checkbox"/> Schüler(in)		<input type="checkbox"/> Auszubildende(r)		<input type="checkbox"/> arbeitslos / arbeitssuchend		
<input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann / in Elternzeit		<input type="checkbox"/> Sonstiges						
Höchster Bildungsabschluss								
<input type="checkbox"/> Studium (Hochschule, Fachhochschule)		<input type="checkbox"/> Hochschul-/Fachhochschulreife		<input type="checkbox"/> Meisterprüfung				
<input type="checkbox"/> Berufsausbildung/Berufsakademie		<input type="checkbox"/> Schulabschluss		<input type="checkbox"/> ohne Abschluss				
<b>VERSICHERUNGSUMFANG 3</b> (Gewinnverwendung Sofortgutschrift) Vorläufiger Versicherungsschutz gem. Bedingungen								
<input type="checkbox"/> Risikoversicherung (T1)		<input type="checkbox"/> Partner-Risikoversicherung (TP1)		<input type="checkbox"/> Risikoversicherung mit fallender Summe (T3)				
<input type="checkbox"/> Risikoversicherung nach Tilgungsplan (T4)		Zinssatz	<input type="text"/>	% Tilgungssatz	<input type="text"/>	% Tilgungsfreie Anfangsjahre (möglich bei T3, T4):	<input type="text"/> Jahre (max. 5 J.)	
<input type="checkbox"/> Für Nichtraucher seit 12 Monaten (siehe Nichtrauchererklärung)		<input type="checkbox"/> Für Nichtraucher seit 10 Jahren		<input type="checkbox"/> Als Plus-Tarif		<input type="checkbox"/> Als Exklusiv-Tarif (zu Tarif T1, T3, T4)		
				<input type="checkbox"/> Als Kollektivtarif (zu Tarif T1, T1-Plus)				
<b>4</b> Versicherungsbeginn		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> J	
		<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> J	Zahlungsweise <b>1/</b> <input type="text"/> jährlich <b>5</b> Kollektivvertrags-Nr. <input type="text"/>		
Versicherungssumme		<input type="text"/>		EUR (mind. 20.000 EUR; bei T3, T4 und Kollektivtarifen mind. 50.000 EUR)				
Versicherungsdauer		<input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> Endalter	(Versicherungsdauer mind. 5 Jahre; bei T3, T4 mind. 10 Jahre)				
<b>Zahlbeitrag gesamt / EUR gem. Zahlungsweise</b>		<input type="text"/>						
Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann es in Einzelfällen zu geringfügigen Abweichungen zwischen dem Angebot und den im Versicherungsschein verbindlich dokumentierten Werten kommen.								

## BEZUGSRECHT 6

Bezugsberechtigt für alle Leistungen, die aus der Versicherung fällig werden, ist a) der Versicherungsnehmer, b) falls verstorben, ist es:

Name

Geburtsdatum 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

## RISIKO- UND GESUNDHEITSERKLÄRUNG DER VERSICHERTEN PERSON 7

### WICHTIGER HINWEIS ZU DEN FOLGEN EINER ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG:

Im Rahmen der Antragsprüfung bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten. Wichtig dabei ist, dass Sie uns **alle** Ihnen bekannten Gefahrumstände vollständig und richtig angeben, auch wenn Sie ihnen keine oder nur eine geringe Bedeutung beimessen. Um Ihnen einen bedarfsgerechten Versicherungsschutz bieten zu können, fragen wir Sie daher nachfolgend nach Umständen, die Einfluss auf einen möglichen Eintritt des versicherten Risikos haben könnten. Wenn wir Sie nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach Gefahrumständen fragen, sind auch diese Fragen vollständig und richtig zu beantworten. Angaben zu evtl. bereits durchgeführten Gentests müssen bei der Beantwortung der folgenden Fragen nur unter bestimmten Voraussetzungen gemacht werden. Erläuterungen dazu finden Sie am Ende der Gesundheitsfragen. HIV-Tests sind **keine** Gentests.

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder unvollständig beantworten, kann die Hannoversche Lebensversicherung AG vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, ihn kündigen oder ihn anpassen, was zu unserer Leistungsfreiheit – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – führen kann (bitte beachten Sie dazu die ausführlichen Hinweise des Merkblatts zur Anzeigepflichtverletzung auf Seite 1 des beigefügten Heftes „Bedingungen und Informationen“).

**Wichtiger Hinweis!**

Sofern eine der Fragen 1-7 oder ggfs. 8 bejaht werden, dann ist die Risiko- und Gesundheitserklärung gemäß E 116 einzureichen.

1. Wurden Ihnen in den letzten 6 Monaten Medikamente verschrieben oder verabreicht (außer Verhütungsmittel, Allergiemittel oder Impfungen)?  Nein  Ja  
Hier müssen Sie nur Medikamente angeben, die Ihnen für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 4 Wochen verordnet wurden.
2. Waren Sie in den letzten 5 Jahren für mehr als 14 Tage durchgehend arbeitsunfähig oder sind Sie derzeit arbeitsunfähig?  Nein  Ja
3. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, Nierenerkrankung oder Diabetes untersucht, beraten oder behandelt oder steht ein Untersuchungsergebnis hierzu aus?  Nein  Ja
4. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer Tumorerkrankung oder Krebs untersucht, beraten oder behandelt oder fanden Tumor-/Krebs-Nachsorgeuntersuchungen statt oder steht ein Untersuchungsergebnis hierzu aus?  Nein  Ja
5. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen psychischer Beschwerden oder Erkrankungen von einem Arzt oder sonstigen Heilbehandler behandelt oder beraten?  Nein  Ja
6. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Betäubungsmittel oder Drogen ein oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Drogen oder Betäubungsmitteln beraten oder behandelt?  Nein  Ja
7. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär aufgenommen oder ist eine stationäre Aufnahme in den nächsten 12 Monaten geplant?  Nein  Ja  
Was Sie hier nicht angeben müssen, sind stationäre orthopädische Behandlungen wegen Erkrankungen und Beschwerden des Bewegungsapparates. Dazu zählen zum Beispiel Frakturen oder Bandscheiben-OPS. Entbindungen und Geburten ohne bleibende Komplikationen sind nicht anzugeben.

Sofern Sie zwischen 39 und 45 Jahre alt sind, beantworten Sie bitte auch die folgende Frage:

8. Besteht oder bestand bei Ihnen in den letzten drei Monaten eine der folgenden Gesundheitsstörungen oder Beschwerden:  Nein  Ja  
– Blut im Stuhl oder Urin  
– Lymphknotenschwellung  
– Brustknoten (Selbstertastung)  
– Geschwürbildung  
– Veränderungen der Haut bzw. der Leberflecken  
– Ungewollte Gewichtsabnahme von mehr als fünf Kilogramm
9. Bestehen bei der Hannoverschen Leben oder anderen Gesellschaften bereits Risiko-/Lebensversicherungen oder haben Sie solche beantragt?  Nein  Ja  
Bestehen bereits Vorversicherungen bei der Hannoverschen, so könnte aufgrund der Gesamt-Versicherungssumme eine ärztliche Untersuchung notwendig werden.
10. Sind Sie **privat Gefahren ausgesetzt**?  Nein  Ja Welcher Art?  
Hierzu zählen das Fahren eines motorisierten Zweirades über 50 ccm, eines Quads oder Trikes (auch Saisonfahrer), Tauchsport (außer reines Schnorcheln), Bergsport (außer reine Bergwanderungen auf gekennzeichneten Wanderwegen bis 4.000 Höhenmeter oder Klettern an künstlichen Kletterwänden), Flugsport (z.B. Drachen-, Gleitschirm-, Segelfliegen, Motorflug, Ultraleichtflug, Fallschirmspringen), Motorsport, Kampfsport, Vielseitigkeitsreiten.
11. Werden Sie voraussichtlich in den nächsten 12 Monaten für länger als 6 Monate in das außereuropäische Ausland reisen?  Nein  Ja  
Wenn Ja, wohin
12. Sind Sie **Nichtraucher**?  Ja, noch nie geraucht  Ja, seit mindestens 12 Monaten  
(Bitte beachten Sie ggf. die Nichtrauchererklärung)  Ja, seit mindestens 3 Jahren  Ja, seit mindestens 10 Jahren  
 Nein – Wie viele Zigaretten/Zigarren/Zigarillos/E-Zigaretten/Pfeifen rauchen Sie im Schnitt täglich?  
 Stück
13. Wie groß und wie schwer sind Sie? Größe / cm  Gewicht / kg