Antrag

Risiko (Easy-Antrag)

Mit vereinfachter Gesundheitsprüfung

700.0001.96 Stand 06.2026

// HANNOVERSCHE

Voraussetzungen

Dieser **Antrag mit verkürzten Gesundheitsfragen** kann benutzt werden wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- In den letzten zwei Jahren wurde für die zu versichernde Person bzw. beide zu versichernden Personen (Partnerversicherung) bereits eine Risikoversicherung oder eine Berufsunfähigkeitsversicherung bei einer deutschen Versicherungsgesellschaft abgeschlossen
- Der Vertrag wurde zu normalen Bedingungen (ohne Zuschläge oder Ausschlüsse) angenommen und besteht noch beitragspflichtig fort
- Es wurden keine Anträge für eine Risikoversicherung oder Berufsunfähigkeitsversicherung in den letzten zwei Jahren abgelehnt oder zurückgestellt
- Es wurden keine Leistungsansprüche für die bestehende Versicherung gestellt
- Der Todesfallschutz beträgt maximal 300.000 EUR einschl. Vorversicherungen bei der Hannoversche aus den letzten 5 Jahren
- Das Eintrittsalter der versicherten Person beträgt maximal 45 Jahre

Die **verkürzte Gesundheitserklärung** beinhaltet folgende Fragen:

1) Haben Sie in den letzten 2 Jahren über einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 2 Wochen verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen oder nehmen Sie aktuell Medikamente ein? (Nicht relevant sind Verhütungsmittel, Allergiemedikamente, Schilddrüsenmedikamente, Nahrungsergänzungsmittel).
2) Sind in den letzten 2 Jahren folgende Erkrankungen festgestellt oder behandelt worden: Herz-Kreislauferkrankungen, Hypertonie, Krebs, Schlaganfall, chronische Nierenerkrankung, chronische Magen- oder Darmerkrankung, Diabetes, Lebererkrankungen, psychische oder neurologische Erkrankungen, Erkrankungen der Atemwege, HIV-Infektion/AIDS, kontrollbedürftige Laborwerte außerhalb der Norm?
3) Bestehen oder bestanden darüber hinaus bei Ihnen in den letzten drei Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden? Hierzu zählen Engegefühl im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Gleichgewichtsstörungen, Sehstörungen, Blut im Stuhl, im Urin oder im Auswurf (Husten), psychische Erschöpfungszustände, Angstzustände, wiederkehrende Schmerzzustände ungeklärter Ursache, Lymphknotenschwellun- gen, Brustknoten (Selbstertastung), Geschwürbildung, Veränderungen der Haut bzw. der Leberflecken, Schluckstörungen, Gefühlsstörungen oder Lähmungen, Abnahme der körperlichen bzw. psychischen Belastbarkeit, ungewollte Gewichtsabnahme von mehr als fünf Kilogramm.

Sobald eine der Fragen nicht mit „Nein“ beantwortet werden kann, ist der normale Antrag mit vollständiger Gesundheitsprüfung zu verwenden.

Antragstellung leicht gemacht

Sie können Ihre Versicherung bei der Hannoverschen ganz einfach beantragen. Die Erläuterungen zu den Ziffern 1–10 erleichtern das Ausfüllen.

1 **Versicherungsnehmer/-in** ist, wer die Versicherung abschließt, über sie verfügen kann und zur Beitragszahlung verpflichtet ist. Zur einfacheren Vertragsführung nennen Sie uns bitte auch bei Partnertarifen nur eine Person.
Sind Versicherungsnehmer/-in und versicherte Person nicht identisch, können Sie schon jetzt für den Fall des Ablebens des Versicherungsnehmers vor der versicherten Person eine „aufschiebend bedingte“ Versicherungsnehmer-Übertragung vereinbaren. Die folgende Erklärung befindet sich in den „Allgemeinen Erklärungen“: **Rechtsnachfolge bei privaten Versicherungen:** Beim Tod des Versicherungsnehmers, der nicht gleichzeitig auch versicherte Person ist, wird die versicherte Person Versicherungsnehmer, sofern bis dahin nichts anderes bestimmt ist. Bitte beachten Sie: Wir sind verpflichtet, eine Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft der Finanzbehörde zu melden.

2 **Versicherte Person(en):** Auf ihr Leben wird die Versicherung abgeschlossen; nach ihrem Alter wird der Beitrag berechnet. Die Fälligkeit von Leistungen hängt von der versicherten Person ab. Die vereinbarte Todesfallleistung zahlen wir, wenn die versicherte Person stirbt.

3 Kreuzen Sie bitte den Tarif an, den Sie aus unseren Vorschlägen gewählt haben.

4 **Versicherungsbeginn** kann jeder Monatserste sein, jedoch kein Tag innerhalb eines Monats.

5 Der Zahlbeitrag ist der Beitrag, der tatsächlich zu entrichten ist. Er ist für das laufende Geschäftsjahr garantiert und kann sich in den Folgejahren ändern, jedoch nie höher ausfallen als der im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten ausgewiesene Tarifbeitrag. Zudem kann sich der Beitrag nach Antragsprüfung noch ändern (etwa durch Gesundheitsrisiken).

6 **Bezugsberechtigt** ist, wer die Versicherungsleistung bei Ablauf oder Tod der versicherten Person erhalten soll. Klare Formulierungen helfen, um den Bezugsberechtigten zweifelsfrei identifizieren zu können. Nennen Sie uns die Person(en), die Sie begünstigen wollen, mit Vor- und Zunamen, Geburtsnamen und Geburtsdaten.

7 Sollten eine **ärztliche Untersuchung** oder weitere Gesundheitserklärungen erforderlich sein, erhalten Sie von uns die dazu notwendigen Unterlagen.

8 Für die Prüfung Ihres Antrags kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Dafür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung. **Bitte wählen Sie durch Ankreuzen eine der beiden genannten Möglichkeiten aus.**

9 Wenn die versicherte Person nicht zum Kreis Ihrer Angehörigen zählt, sind die Beiträge zu Ihrem Vertrag versicherungsteuerpflichtig. In diesem Fall erheben wir 19 % Versicherungsteuer und führen diese an das Finanzamt ab. **Angehöriger** im Sinne des § 15 Abgabenordnung bzw. § 7 Pflegezeitgesetzes sind insb. Ehegatten, Lebenspartner (auch Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftlichen Gemeinschaft), Kinder, Enkel, Eltern, Geschwister etc. Weitere Beispiele hierzu finden Sie unter www.hannoversche.de/steuer

10 **Bitte die Bestätigungen und Unterschriften auf der letzten Seite nicht vergessen!**

Für die Risikoversicherung gilt sofort ab Antragseingang vorläufiger Versicherungsschutz gemäß Bedingungen.

Unsere Versicherungsbedingungen

Die nachstehend aufgeführten Versicherungsbedingungen gelten für diesen Antrag:	Gültig für die Tarife:
Allgemeine Bedingungen für die Risikoversicherung	T1, T1-Plus, T1-Exklusiv, TP1, TP1-Plus, T3, T3-Plus, T3-Exklusiv, T4, T4-Plus, T4-Exklusiv, T7, T7-Plus T7-Exklusiv, T8, T8-Plus, T8-Exklusiv
Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz	alle außer UZ
Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	BZ
Besondere Bedingungen für die Unfalltod-Zusatzversicherung	UZ

Hannoversche Lebensversicherung AG
VHV-Platz 1 / 30177 Hannover
service@hannoversche.de / www.hannoversche.de

Kundenberatung Vertrag:
T 0511 9565-0
F 0511 9565-666

// HANNOVERSCHE

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 Hinweisziffern, auf der vorherigen Seite. **Beantragt werden nur Versicherungen, die angekreuzt sind.**

Antrag auf Risikoversicherung – Easy-Antrag

☐ Bereits versichert/Nr. ____ - ____ Vermittler-Nr. V L ____ - ____

Ihr Zeichen 1 ____ Ihr Zeichen 2 # E A S Y - A N T R A G

Versicherungsnehmer (VN) 1

Bei Partnerversicherung = 1. versicherte Person

Anrede ☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers/keine Angabe

Vornamen

Nachname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Geburtsdatum T T M M J J J J Staatsangehörigkeit

Geburtsland Geburtsort

Telefon tagsüber* Fax*

E-Mail* *freiwillige Angabe

Derzeitige Berufstätigkeit

Versicherte Person 2

☐ Wie Versicherungsnehmer ☐ Bei Partnerversicherung = 2. versicherte Person

Anrede ☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers/keine Angabe

Vornamen

Nachname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Geburtsdatum T T M M J J J J Staatsangehörigkeit

Geburtsland

Telefon tagsüber* Fax *freiwillige Angabe

Familienstand ☐ Single bzw. allein- oder getrennt lebend ☐ verheiratet oder zusammenlebend ☐ sonstiges

Anzahl minderjähriger Kinder im gleichen Haushalt ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 und mehr

Berufstätigkeit

Berufsstatus
☐ Selbstständige(r)/ Freiberufler ☐ Beamte(r) ☐ Angestellte(r) ☐ Arbeiter(in) ☐ Hausfrau/-mann / in Elternzeit
☐ Student(in) ☐ Schüler(in) ☐ Auszubildende(r) ☐ arbeitslos/ arbeitsuchend ☐ Sonstiges

Höchster Bildungsabschluss
☐ Studium (Hochschule, Fachhochschule) ☐ Hochschule-/Fachhochschulreife ☐ Meisterprüfung
☐ Berufsausbildung/Berufsakademie ☐ Schulabschluss ☐ ohne Abschluss

Falls die Versicherung zur Absicherung eines Darlehens oder einer Finanzierung abgeschlossen wird, nennen Sie uns bitte die Höhe des Darlehens oder der Finanzierung.

EUR Höhe des Darlehens oder der Finanzierung

700.0001.96 Stand 06.2026

Versicherungsumfang 3

(Gewinnverwendung Sofortgutschrift) Vorläufiger Versicherungsschutz gem. Bedingungen

Tarif	Summenverlauf	Beitragszahlungsart
☐ T1	konstant	konstant
☐ TP1 (Partner)	konstant	konstant
☐ T3	linear fallend	risikoadäquat
☐ T4	nach Tilgungsplan fallend	risikoadäquat
☐ T7	linear fallend	konstant
☐ T8	nach Tilgungsplan fallend	konstant

☐ Als Plus-Tarif ☐ Als Exklusiv-Tarif (nicht bei TP1) ☐ Als Kollektivtarif (zu Tarif T1, T1-Plus)

Für Nichtraucher ☐ seit 10 Jahren ☐ seit 12 Monaten (siehe Nichtrauchererklärung)

Bei T4/T8: Zinssatz ____ % Tilgungssatz ____ % Tilgungsfreie Anfangsjahre (möglich bei T3, T4, T7, T8): ____ Jahre (max. 5 J.)

4 Versicherungsbeginn 0 1 M M J J J J Zahlungsweise 1/ ____ jährlich Kollektiv-vertrags-Nr. ____

Versicherungssumme ____ EUR (mind. 20.000 EUR; bei T3, T4, T7, T8 und Kollektivtarifen mind. 50.000 EUR)

Versicherungsdauer ____ Jahre Endalter ____ (Versicherungsdauer mind. 5 Jahre; bei T3, T4, T7, T8 mind. 10 Jahre)

Zahlbeitrag gesamt / EUR gem. Zahlungsweise 5 ____ ,

Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann es in Einzelfällen zu geringfügigen Abweichungen zwischen dem Angebot und den im Versicherungsschein verbindlich dokumentierten Werten kommen.

Dynamik

☐ Ja, meine Versicherungssumme soll jährlich um ☐ 2 % ☐ 3 % ☐ 4 % ☐ 5 % wachsen (nur möglich bei den T1-Tarifen und Versicherungssummen bis maximal 350.000 EUR). Diese Erhöhungen erfolgen ohne weitere Gesundheitsprüfung. Die Dynamik kann ich jederzeit widerrufen.

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!

1. Haben Sie in den letzten 2 Jahren über einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 2 Wochen verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen oder nehmen Sie aktuell Medikamente? ☐ Nein ☐ Ja

Sofern Sie diese Frage bejahen, benötigen wir von Ihnen die Risiko- und Gesundheitserklärung gemäß Formular E116. (Nicht relevant sind Verhütungsmittel, Allergiemedikamente, Schilddrüsenmedikamente, Nahrungsergänzungsmittel).

2. Sind in den letzten 2 Jahren folgende Erkrankungen festgestellt oder behandelt worden: ☐ Nein ☐ Ja

Herz-Kreislauferkrankungen, Hypertonie, Krebs, Schlaganfall, Chronische Nierenerkrankung, Chronische Magen- oder Darmerkrankung, Diabetes, Lebererkrankungen, psychische oder neurologische Erkrankungen, Erkrankungen der Atemwege, HIV-Infektion/AIDS, kontrollbedürftige Laborwerte außerhalb der Norm?
Sofern Sie diese Frage bejahen, benötigen wir von Ihnen die Risiko- und Gesundheitserklärung gemäß Formular E116.
Nicht angegeben werden müssen Behandlungen wegen:
– Covid19-Infektion oder Covid19-Erkrankung, die nicht länger als 3 Monate dauerte und seit mindestens 4 Wochen vollständig ohne Folgen ausgeheilt ist,
– Erkältungskrankheiten (z. B. Erkältungsschnupfen, Halsentzündung, Nasennebenhöhlenentzündung, Kehlkopf- oder Luftröhrenentzündung, grippaler Infekt), die folgenlos ausheilten,
– Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, die folgenlos ausheilten,
– Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Hautkrebsvorsorge, gynäkologische Vorsorgeuntersuchung), die ohne krankhaften Befund blieben,
– Über-/Unterfunktion der Schilddrüse,
– Atemwegsallergien (z. B. Heuschnupfen) ohne Asthma,
– Nahrungsmittelunverträglichkeiten.

3. Bestehen oder bestanden darüber hinaus bei Ihnen in den letzten drei Monaten Gesundheitsstörungen oder Beschwerden? ☐ Nein ☐ Ja

Hierzu zählen
– Engegefühl im Brustraum
– Atemnot
– Ohnmacht
– Gleichgewichtsstörungen
– Sehstörungen
– Blut im Stuhl, im Urin oder im Auswurf (Husten)
– psychische Erschöpfungszustände
– Angstzustände
– wiederkehrende Schmerzzustände ungeklärter Ursache
– Lymphknotenschwellungen
– Brustknoten (Selbstertastung)
– Geschwürbildung
– Veränderungen der Haut bzw. der Leberflecken
– Schluckstörungen
– Gefühlsstörungen oder Lähmungen
– Abnahme der körperlichen bzw. psychischen Belastbarkeit
– ungewollte Gewichtsabnahme von mehr als fünf Kilogramm.

4. Sind Sie **privat Gefahren ausgesetzt?** ☐ Nein ☐ Ja

Hierzu zählen das Fahren eines motorisierten Zweirades über 50 ccm, eines Quads oder Trikes (auch Saisonfahrer), Tauchsport (außer reines Schnorcheln), Bergsport (außer Klettern an künstlichen Wänden sowie reine Bergwanderungen auf gekennzeichneten Wegen im Sommer und Skiwandern mit anschließender Abfahrt im Winter, bis zu einer Höhe von 5.300 m), Flugsport (z.B. Drachen-, Gleitschirm-, Segelfliegen, Motorflug, Ultraleichtflug, Fallschirmspringen), Motorsport, Kampfsport, Vielseitigkeitsreiten.

Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

– Welcher Art?

5. Sind Sie Nichtraucher? (Bitte beachten Sie ggf. die Nichtrauchererklärung.)

- ☐ Ja, ich habe noch nie geraucht.
- ☐ Ja, seit mind. 10 Jahren.
- ☐ Ja, seit mind. 12 Monaten.
- ☐ Nein, ich bin Raucher.

Wie viele Zigaretten / Zigarren / Zigarillos / E-Zigaretten rauchen Sie im Schnitt täglich? Stück

6. Wie groß und wie schwer sind Sie?

Bitte machen Sie hier Ihre Angaben:

Größe cm Gewicht kg

7. Haben Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Risikoversicherung oder eine Berufsunfähigkeitsversicherung bei einer deutschen Versicherungsgesellschaft abgeschlossen? ☐ Nein ☐ Ja

Bei welcher Gesellschaft wurde die Versicherung abgeschlossen?

Wie hoch ist die abgeschlossene Versicherungsleistung? (Jahresrente/Versicherungssumme)

Wurde der bestehende Vertrag zu normalen Bedingungen angenommen (keine Zuschläge oder Ausschlüsse) und besteht dieser noch beitragspflichtig fort? ☐ Nein ☐ Ja

Bestätigung des Vermittlers/Außendienstmitarbeiters der VHV-Gruppe

Hierfür wurde der Versicherungsschein im Original vorgelegt oder eingesehen

Ort, Datum

Unterschrift des Vermittlers/Außendienstmitarbeiters der VHV-Gruppe

Es wurden bisher keine Leistungsansprüche für eine Risikoversicherung oder ein Berufsunfähigkeitsversicherung beantragt? ☐ Nein ☐ Ja

Es wurden keine Anträge auf eine Risikoversicherung oder Berufsunfähigkeitsversicherung in den letzten zwei Jahren abgelehnt oder zurückgestellt? ☐ Nein ☐ Ja

Nur im Zusammenhang mit einer bereits bestehenden Risikoversicherung bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung profitieren Sie von einer verkürzten Risiko- und Gesundheitserklärung. Die wahrheitsgemäße Angabe ist somit für den Entschluss der Hannoversche Lebensversicherung AG, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich. Informationen rund um die Themen Datenerhebung und Datenschutz können Sie bequem auf unserer Homepage www.hannoversche.de unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Gentests

Unter Gentests versteht man die vorhersagende Untersuchung der DNA, RNA oder der Chromosomen eines Gesunden, die auf die Feststellung genetischer Eigenschaften gerichtete Genproduktanalyse sowie diagnostische genetische Untersuchungen zur Abklärung von Krankheiten oder Medikamentenverträglichkeiten. Nach den Vorschriften des Gendiagnostikgesetzes dürfen wir von Versicherten weder vor noch nach Abschluss eines Versicherungsvertrages

– die Vornahme genetischer Untersuchungen und Analysen (Gentests) verlangen,
– die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen verlangen oder solche Ergebnisse entgegennehmen oder verwenden. Ausnahmen vom Mitteilungs- und Verwendungsverbot bereits vorliegender Ergebnisse gelten für den Abschluss von Lebens-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen, wenn die versicherte Leistung 300.000 EUR oder die versicherte Jahresrente 30.000 EUR übersteigt. Unabhängig davon sind aber Vorerkrankungen und Erkrankungen anzuzeigen.

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Für diesen Vertrag wird das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren vereinbart. Zu diesem Zweck erteile ich/erteilen wir der Hannoverschen Lebensversicherung AG folgendes SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige/Wir ermächtigen Sie, Zahlungen von meinem/unserem unten angegebenen Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Hiermit weise ich mein/weisen wir unser unten genanntes Geldinstitut zugleich an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN

Bitte nur angeben, wenn der Beitragszahler/Kontoinhaber **nicht** Versicherungsnehmer ist:

Vornamen

Nachname

Ort, Datum und Unterschrift des Beitragszahlers (wenn **nicht** Versicherungsnehmer)

(Nach dem Geldwäschegesetz muss in diesem Fall der Versicherungsnehmer gesondert identifiziert werden.)

SEPA-Basis-Lastschriftmandat gilt widerruflich für ☐ alle meine Verträge, die bei der Hannoverschen Leben bestehen ☐ nur für diesen Vertrag

Geldwäschegesetz

Vertragsabschluss und Beitragszahlung erfolgen auf meine/unsere eigene Veranlassung

☐ Ja, ich kann/wir können das bestätigen. ☐ Nein, ich wurde/wir wurden hierzu beauftragt von:

Vornamen

Nachname

Anschrift

Beziehung zu dieser Person

Politisch exponierte Person

Bitte bestätigen Sie, dass weder der Versicherungsnehmer noch ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter oder Bezugsberechtigter ein wichtiges öffentliches Amt ausüben oder in den letzten 12 Monaten ausgeübt haben („politisch exponierte Person)“. Weder der Versicherungsnehmer noch ein abweichender wirtschaftlich Berechtigter oder Bezugsberechtigter sind Familienmitglieder oder stehen in Geschäftsbeziehung zu einer solchen Person. „Wichtig“ sind Ämter im In- und Ausland mit Entscheidungsbefugnis auf oberster Staatsebene sowie in entsprechenden Organen wie Bundesbehörden, Botschaften, Bundesgerichten oder Leitungsfunktionen in Bundesunternehmen bzw. in Unternehmen im mehrheitlichen Eigentum des Bundes. Keine politisch exponierten Personen sind z. B. Vereinsvorstände, Gemeinderatsmitglieder oder Bürgermeister.

☐ Ja, ich kann/wir können das bestätigen. ☐ Nein, eine dieser Personen übt ein wichtiges öffentliches Amt aus:

Erläuterung

Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz

Der Versicherungsnehmer wurde gemäß den Vorschriften des Geldwäschegesetzes persönlich identifiziert. Hierfür wurde ein gültiger Personalausweis/Reisepass im Original vorgelegt. Eine gut lesbare Kopie der Vor- und Rückseite des vorgelegten Dokuments inkl. aller personenbezogenen Daten ist diesem Antrag zwingend beizufügen. Ich versichere, dass diese Kopie durch mich erstellt wurde.

Ort und Datum

Unterschrift des Vermittlers/Außendienstmitarbeiters der VHV-Gruppe

Nichtrauchererklärung der versicherten Person **(gilt zusätzlich für Nichtraucher-Risikoversicherungen):**

Ich bestätige, dass ich in dem von mir in der Gesundheitserklärung angegebenen Zeitraum vor Antragstellung aktiv nicht geraucht habe und Nichtraucher bin. Rauchen meint dabei zum einen das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen. Zum anderen fällt unter Rauchen auch die Verwendung elektrischer Verdampfer und Erhitzer, wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen sowie die Verwendung von Wasserpfeifen (zum Beispiel Shisha). Die Änderung dieses Nichtraucherstatus stellt eine Gefahrerhöhung dar. Mir ist bewusst, dass die Hannoversche darauf vertraut, dass ich ohne ihre Einwilligung keine Gefahrerhöhung vornehme. Die Rechtsfolgen dieser Gefahrerhöhung (Herabsetzung der Versicherungssumme oder Beitragserhöhung) kann ich § 8 der Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung entnehmen. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, eine Änderung des Nichtraucherstatus (bei der Partner-Risikoversicherung auch die Änderung des Nichtraucherstatus nur einer versicherten Person) nachträglich unverzüglich schriftlich anzuzeigen und auf Anforderung eine medizinische Überprüfung des Nichtraucherstatus zu ermöglichen.

Unterschriften am Ende nicht vergessen!

Wichtige Erklärungen des Versicherungsnehmers und der versicherten Person

Allgemeine Erklärungen und Hinweise

Ich willige ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten von der Hannoversche Lebensversicherung AG unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- **bei Basisrenten-Verträgen und Riesterrenten-Verträgen zur Übermittlung der Beitragsdaten an die zentrale Stelle,**
- **im Rahmen der Übersendung von Mitteilungen per E-Postbrief oder De-Mail, falls ich eines dieser Verfahren nutze.**

Widerrufsbelehrung

Über die Fristen und sonstigen Voraussetzungen, wie Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen können, sowie über die Rechtsfolgen informieren wir Sie im beigefügten Dokument zur Widerrufsbelehrung.

Beitragszahlung an Vermittler

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

Rechtsnachfolge bei privaten Versicherungen

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

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Hannoversche Lebensversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten
- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb unseres Unternehmens (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

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

Ich willige ein, dass die Hannoversche 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 (1) oder später im Einzelfall (2) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. **Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:** 8

Wichtiger Hinweis!

Möglichkeit 1:
Ich willige ein, dass die Hannoversche 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 Hannoversche Lebensversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Hannoversche Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Hannoversche 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 2:
Ich wünsche, dass mich die Hannoversche 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 Hannoversche einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Hannoversche einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung 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 Hannoversche 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 die Hannoversche Lebensversicherung AG 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 (siehe oben 2.1. – Möglichkeit 1)

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

Die Hannoversche 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. Die Hannoversche Lebensversicherung AG benötigt 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 Hannoversche 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 Hannoversche Lebensversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Hannoversche Lebensversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Hannoversche Lebensversicherung AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der VHV-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Hannoversche Lebensversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Hannoversche Lebensversicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Hannoversche Lebensversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Dienstleisterliste der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet www.hannoversche.de/datenschutz eingesehen oder bei der Hannoverschen Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover, Tel.: 0511/95650 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Hannoversche Lebensversicherung AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Hannoversche Lebensversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der VHV-Gruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die

Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Hannoversche Lebensversicherung AG 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 die Hannoversche Lebensversicherung AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. 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 die Hannoversche Lebensversicherung AG 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 die Hannoversche Lebensversicherung AG das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

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 Beitragszahlungen 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 die Hannoversche Lebensversicherung AG 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 Hannoversche Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

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 Ziff. 2.1).

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler bei Einschaltung eines Vermittlers

Die Hannoversche Lebensversicherung AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Hannoversche Lebensversicherung AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen.

Ich willige ein, dass die Hannoversche 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.

Die Datenschutz-Einwilligungserklärung und die Schweigepflichtentbindungs-Erklärung sind mit den Datenschutzbehörden abgestimmt.

Bestätigung der Angehörigeneigenschaft 9

(Nur auszufüllen, wenn VN und VP nicht identisch sind!)

Bitte teilen Sie uns mit, ob die versicherte Person zum Kreis Ihrer Angehörigen gehört. Diese Angabe ist erforderlich, um beurteilen zu können, ob die Beiträge zu Ihrem Vertrag versicherungsteuerpflichtig sind.

- ☐ Ja, ich bestätige, dass die versicherte Person (bei Partnerversicherung die 2. versicherte Person) ein Angehöriger im Sinne des § 15 Abgabenordnung bzw. § 7 Pflegezeitgesetzes ist.
- ☐ Nein, die versicherte Person ist kein Angehöriger im Sinne des § 15 Abgabenordnung bzw. § 7 Pflegezeitgesetz.

Wie möchten Sie zukünftig über aktuelle Angebote auf dem Laufenden gehalten werden?

Kontaktaufnahme per E-Mail	☐ Ich bin damit einverstanden in Zukunft über ähnliche Produkte und Leistungen der Hannoversche Lebensversicherung per E-Mail informiert zu werden.
Kontaktaufnahme per Telefon	☐ Ich bin damit einverstanden in Zukunft über ähnliche Produkte und Leistungen der Hannoversche Lebensversicherung per Telefon informiert zu werden.

Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihren Rechten, insbesondere Ihrem jederzeitigen Widerspruchsrecht, finden Sie in unseren Datenschutzhinweisen unter www.hannoversche.de/datenschutz.

Unterschriften

Datenschutz und Schweigepflichtentbindung 10

Den Abschnitt „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ habe ich zur Kenntnis genommen und gebe die dortigen Erklärungen ab.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers (VN)* (auch Minderjährige ab 16 Jahren)

Unterschrift nicht vergessen!

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person(en) (VP), wenn VN ungleich VP* (auch Minderjährige ab 16 Jahren)

* Bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

Empfangsbestätigung

Ich bestätige den Empfang des Informationsblatts zu Versicherungsprodukten, der Verbraucherinformation, der Widerrufsbelehrung, der Beratungsdokumentation (oder die Dokumentation des Beratungsverzichtes einschl. Hinweis über die Folgen eines Beratungsverzichtes), der Tabelle der Rückkaufswerte und beitragsfreien Leistungen, des Merkblatts zur Anzeigepflichtverletzung, der Hinweise zum Datenschutz, der Dienstleisterliste sowie der dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers (VN)* (auch Minderjährige ab 16 Jahren)

Unterschrift nicht vergessen!

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person(en) (VP), wenn VN ungleich VP* (auch Minderjährige ab 16 Jahren)

* Bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

Antrag und SEPA-Mandat

Ich beantrage die oben beschriebene Versicherung und gebe die im Antragsformular enthaltenen Erklärungen ab. Die Gesundheitsfragen sind von der versicherten Person auf diesem Antragsformular beantwortet worden.
Für diesen Vertrag ist das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren vereinbart. Zu diesem Zweck erteile ich/erteilen wir der Hannoverschen Lebensversicherung AG ein SEPA-Mandat (sofern nicht vom abweichenden Kontoinhaber bereits erteilt).

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers (VN)* (auch Minderjährige ab 16 Jahren)

Unterschrift nicht vergessen!

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person(en) (VP), wenn VN ungleich VP* (auch Minderjährige ab 16 Jahren)

* Bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

Hinweise zum Datenschutz

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Hannoversche Lebensversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Ist der Vertrag nicht auf Ihr Leben abgeschlossen, richten sich die folgenden Informationen auch an die versicherte Person.

In der betrieblichen Altersversorgung richten sich die folgenden Informationen ausschließlich an die versicherte Person. Der Versicherungsnehmer wird gebeten, diese Informationen an die versicherte Person und ggf. an die benannte bezugsberechtigte Person weiterzugeben.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung
Hannoversche Lebensversicherung AG
VHV-Platz 1
D-30177 Hannover
Tel.: 0511/9565-0
Fax: 0511/9565-666
E-Mail: beratung@hannoversche.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der o. g. Adresse oder unter der Mail-Adresse: datenschutz@hannoversche-leben.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung
Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten aufgrund der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.hannoversche.de unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Versicherungs- und ggf. Darlehensantrag, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages. Wir verarbeiten diese personenbezogenen Daten, um das von uns zu übernehmende Risiko bestimmen und einschätzen zu können. Kommt der Versicherungs- bzw. Darlehensvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Rechnungsstellung. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir, um den Leistungsanspruch zu bearbeiten. **Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungs- und Darlehensvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer Daten nicht möglich.** Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten nutzen wir weiterhin für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise für die Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSG-VO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Die genannten Zwecke und Rechtsgrundlagen erstrecken sich auch auf Testverfahren zur Entwicklung, Implementierung und Kontrolle der hierzu vorgesehenen/eingesetzten automatisierten Datenverarbeitungsverfahren.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, wenn es nach Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO erforderlich ist, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere der Fall sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der VHV Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere von Datenanalysen zur Erkennung von Unstimmigkeiten, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.
- zur Erhöhung und Sicherstellung der Datenqualität,
- zur Risikosteuerung innerhalb des Unternehmens sowie der VHV Gruppe insgesamt,
- zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht). Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie darüber zuvor informieren.

Nutzung Ihrer E-Mail-Adresse
Wenn Sie uns im Rahmen der Bearbeitung eines Vorgangs Ihre E-Mail-Adresse zur Kenntnis bringen, speichern wir diese und nutzen sie ggf. für die weitere Kommunikation zu dem betreffenden Vertrag, sofern Sie dieser Nutzung nicht widersprechen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre E-Mailadresse, soweit Sie uns diese mitgeteilt haben, zur Werbung für eigene oder ähnliche Versicherungsprodukte verwenden. Sie können auch dieser Nutzung jederzeit formlos widersprechen ohne dass hierfür andere als die Übermittlungskosten nach den Basistarifen anfallen. Ihren Widerspruch können Sie an beratung@hannoversche.de richten.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten
Rückversicherer:
Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit

Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zu den von uns eingesetzten Rückversicherern können Sie unserer Dienstleisterliste entnehmen. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:
Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungs- und ggf. Darlehensverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe
Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungs- bzw. Darlehensvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:
Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, sowie der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie unserer Internetseite unter www.hannoversche.de unter der Rubrik Datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:
Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, z. B. an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten. Hierzu zählen u.a. die Zentralstelle für Finanztransaktionsuntersuchungen im Rahmen der Geldwäscheprävention oder die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Im Falle von Sanktionslistentreffern erfolgen Meldungen an die Bundesbank. Im Rahmen von internationalen Steuerabkommen, bei freigestellten Einnahmen aus Kapitalvermögen sowie im Rahmen des Kirchensteuerabzugsverfahrens erfolgen Meldungen an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt). Im Rahmen des Außenwirtschaftsverkehrs erfolgen Meldungen an die Bundesbank. Der Versorgungsbezug von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung ist gegenüber gesetzlichen Krankenkassen meldepflichtig. Die steuerpflichtige Leistung aus einem Vertrag ist gegenüber der Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) meldepflichtig.

Dauer der Datenspeicherung
Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, solange wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Dies ergibt sich regelmäßig durch rechtliche Nachweis- und Aufbewahrungspflichten, die unter anderem im Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung, dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb oder dem Geldwäschegesetz geregelt sind. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Betroffenenrechte
Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht
Sie haben ferner das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Ihren Werbewiderspruch richten Sie bitte an: beratung@hannoversche.de

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen. Dieses Recht können Sie ebenfalls unter der o. g. Adresse geltend machen.

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist: Der Landesbeauftragte für den Datenschutz in Niedersachsen, Prinzenstr. 5, 30159 Hannover.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer
Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen. Dies erfolgt auf der Grundlage Ihrer Einwilligung.

Bonitätsauskünfte
Aufgrund Ihrer jeweils erteilten Einwilligung oder soweit es zum Vertragsschluss oder zur Vertragsdurchführung auf Grund unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei Auskunfteien Informationen zur Beurteilung Ihrer Zahlungsfähigkeit oder Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Die von uns angefragten Auskunfteien entnehmen Sie bitte unserer Dienstleisterliste.

Datenübermittlung in ein Drittland
Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessener Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu

sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern finden Sie ggf. in unserer Dienstleisterliste. Sie können die Informationen auch unter den genannten Kontaktinformationen anfordern.

Hinweise zur gemeinsamen Verantwortung nach Art. 26 DSGVO mit gebundenen Vertretern (bei Betreuung durch diese)

Unsere gebundenen Vertreter sind selbstständige Handelsvertreter. Die enge Zusammenarbeit mit ihnen bringt es mit sich, dass wir teilweise gemeinsam über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung bestimmter personenbezogener Daten entscheiden und insoweit als gemeinsam datenschutzrechtlich Verantwortliche agieren. Mit unseren Vertretern haben wir daher eine Datenschutzvereinbarung nach Art. 26 DSGVO abgeschlossen, in welcher festgelegt ist, wer welche Verpflichtungen gemäß der DSGVO erfüllt. Die Vertreter sind direkte Ansprechpartner für Interessenten, Kunden und andere betroffene Personen. Zur Erfüllung eigener und gemeinsam verfolgter Zwecke erheben und berichtigen sie Daten, beraten die vorgenannten Personen, erstellen Beratungsdokumentationen, erzeugen Vorschläge und Versicherungsanträge, verarbeiten die Daten in Ihren Systemen und übermitteln diese an uns.

Die Vertreter und wir erfüllen die datenschutzrechtlichen Informationspflichten gemeinsam. Zur Wahrnehmung der aufgeführten Betroffenenrechte können Sie sich sowohl an uns als auch an den Sie betreuenden Vertreter wenden. Auskunft erhalten Betroffene grundsätzlich durch den jeweiligen Verantwortlichen, bei dem die Auskunft geltend gemacht wurde.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen (nur bei Antragstellung online)
Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe des von Ihnen zu zahlenden Beitrags.

Sie können in diesem Fall eine Überprüfung der Entscheidung durch unsere Mitarbeiter verlangen, die Entscheidung anfechten und Ihren eigenen Standpunkt darlegen.

Weitere Informationen hierzu können Sie unter www.hannoversche.de in der Rubrik Datenschutz entnehmen.

Dienstleisterliste

Konzerngesellschaften innerhalb der VHV Gruppe, die an der gemeinsamen Stammdatenverwaltung teilnehmen:
VHV Vereinigte Hannoversche Versicherung a.G., VHV Holding SE, VHV Allgemeine Versicherung AG, Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV digital development GmbH, VHV solutions GmbH, VHV Dienstleistungen GmbH, Hannoversche Direktvertriebs-GmbH, Hannoversche-Consult GmbH, Pensionskasse der VHV-Versicherungen, VVH Versicherungsvermittlung Hannover GmbH, WAVE Management AG

Stellen, bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand des Auftrags durch die Hannoversche Lebensversicherung AG ist

Stellen	Gegenstand / Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
VHV digital development GmbH	IT-Dienstleistungen	ja
VHV Holding AG	Vertrieb, Controlling, Revision, Angebotsbearbeitung/Vertragsverwaltung, Schadenmanagement und Leistungsbearbeitung	teilweise ja
VHV Vereinigte Hannoversche Versicherung a.G.	Inkasso/Mahnwesen, Compliance, Konzernrecht, Personal, Datenschutz und Informationssicherheit	teilweise ja
VHV solutions GmbH	Content Management, Steuerung und Qualitätsmanagement	ja
Hannoversche-Consult GmbH	Pensionsgutachten	ja
Hannoversche Direktvertriebs-GmbH	Telefonischer Kundenservice	ja
T.D.M. Telefon-Direkt-Marketing GmbH	In- und Outboundtelefonie, Angebotserstellung	ja
TP Wilhelmshaven GmbH	Verarbeitung elektronischer Posteingang- und Datenerfassung, Indizieren und Klassifizieren von Dokumenten, Unterstützung in der einfachen Vertragssachbearbeitung	ja
ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH	Durchführung von Kundenzufriedenheitsumfragen	nein
Rhenus Mailroom Services GmbH	Bearbeitung von Briefrückläufern	ja
Rhenus Archiv Services GmbH	Einlagerung und Anlieferung von archivierten Akten	ja
Rhenus: people! Hannover GmbH	Posteingangsbearbeitung und Datenerfassung	ja
Qidenus Group GmbH	Maschinelles Auslesen von Dokumenten	ja
Deutsche Post E-Post Solutions GmbH	Scannen und Indizieren von Dokumenten	ja
Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG	Adressrecherchen im Zuge der Briefrückläuferbearbeitung und Einwohnermeldeamtsanfragen	nein
documentus Köln GmbH	Vernichtung / Entsorgung	teilweise ja
Bechtle GmbH IT Systemhaus Hannover	Unterstützung im Bereich Service-Desk und Client-Support	teilweise ja
Amazon Web Services Inc.	Hosting, Cloudanwendung	teilweise ja
BSI Business Systems Integration AG	Durchführung von Marketing-Aktionen, zu Analysezwecken sowie zur zielgruppenspezifischen Ansprache von Kunden und potenziellen Kunden	teilweise ja
Customized Business Services GmbH	Druck von Dokumenten	ja
DATEN_PARTNER Gesellschaft für Direktmarketing und Informations-Technologie mbH	Druck von Dokumenten	ja
ISR Information Products AG	Automatisierung und Digitalisierung der Dokumentenverarbeitung	teilweise ja
E+S Rückversicherung AG https://www.es-rueck.de/datenschutz-es	Rückversicherungsleistungen	ja
General Reinsurance AG https://de.genre.com/ https://de.genre.com/privacypolicy	Rückversicherungsleistungen	ja
SCOR Global Life Deutschland https://www.scor.com/en/cookies-privacy	Rückversicherungsleistungen	ja
Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland https://www.swissre.com/privacy-policy.html	Rückversicherungsleistungen	ja
GEMINI DIRECT marketing solutions GmbH	Adresslieferant (Neukundenakquise)	nein
AZ Direct GmbH	Adresslieferant (Neukundenakquise)	nein
Neoskop GmbH	Programmierung und Wartung der Homepage	teilweise ja
SysEleven GmbH	Hosting	ja
Deutsche Bank AG (Bankauskünfte dt. Geldinstitute)	Bankauskünfte	nein
Schufa Holding AG https://www.schufa.de/global/datenschutz-dsgvo/	Adressabgleiche, Bonitätsauskünfte	nein
Creditreform Hannover-Celle Bissel KG https://www.creditreform.de/hannover/datenschutz	Bonitätsauskünfte	nein
infoscore Consumer Data GmbH https://finance.arvato.com/icdinfoblatt	Bonitätsauskünfte, Adressabgleiche	nein
Dun&Bradstreet (ehem. BISNODE) https://www.dnb.com/de-de	Adressabgleich	nein

Kategorien von Stellen, bei denen die Datenverarbeitung nicht der Hauptgegenstand des Auftrags durch die Hannoversche Lebensversicherung AG ist oder die nur gelegentlich tätig werden

Kategorien von Stellen	Aufgaben	Gesundheitsdaten
Gutachter, Sachverständige (insb. Ärzte, Psychologen, Psychiater)	Erstellung von Gutachten, Beratungsleistungen zu Rehabilitationsmaßnahmen/Behandlungsmöglichkeiten, Unterstützung bei der Leistungsbearbeitung und Risikoprüfung	ja
IT-Dienstleister	IT-Dienstleistungen	teilweise ja
Rechtsanwälte	Juristische Beratung	teilweise ja
Übersetzungsbüros	Übersetzungen	teilweise ja
Inkassounternehmen	Realisierung von Forderungen	nein
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
Marketingagenturen	Marketingaktionen	nein
Lettershops/Druckereien	Be- und Verarbeitung von Druckstücken zu Werbezwecken	nein
Entsorgungsunternehmen	Vernichtung von Akten	teilweise ja
Rückversicherungsmakler	Beratung und Platzierung von Rückversicherungsgeschäft	nein
Banken	Finanzdienstleistungen	nein

Ihre personenbezogenen Daten können auch außerhalb der Europäischen Union (EU) bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) von dem oben genannten Verantwortlichen verarbeitet werden. Die Verarbeitung geschieht stets unter Berücksichtigung der vertraglichen Beschränkungen in Bezug auf Vertraulichkeit und Sicherheit sowie entsprechend den geltenden Gesetzen und Bestimmungen zum Datenschutz. Eine solche Datenübermittlung an Stellen bzw. Staaten außerhalb der EU/EWR, insbesondere im Wege von Administrationszugriffen, ist auf der Grundlage der genannten Zwecke und Rechtsgrundlagen möglich. Eine Datenübermittlung erfolgt in diesen Fällen nur bei Vorliegen geeigneter Garantien im Sinne der Datenschutzgrundverordnung. Geeignete Garantien sind insbesondere ein vorliegender Angemessenheitsbeschluss der EU-Kommission (https://ec.europa.eu/info/law/law-topic/data-protection/international-dimension-data-protection/adequacy-decisions_en), mit den Dienstleistern vereinbarte EU-Standardvertragsklauseln oder durch das Unternehmen aufgestellte verbindliche Datenschutzvorschriften, welche von den Datenschutzaufsichtsbehörden anerkannt worden sind. Im Falle einer Datenübermittlung auf Grundlage von Art. 49 DSGVO wird hierüber gesondert informiert.

Hannoversche Lebensversicherung AG
VHV-Platz 1, 30177 Hannover
T 0511 9565-0
hannoversche.de