

Ein vereinfachter Gesundheits-Check und damit die Abfrage einiger Angaben zu Ihrer Gesundheit sind erforderlich:

- ▶ Wenn Sie selbst einen Beitrag **ab 25 Euro im Monat** einzahlen möchten.
- ▶ Wenn Sie **das 63. Lebensjahr vollendet haben** und Sie selbst etwas einzahlen möchten.

Telefon 040 / 28 01 45 - 319
Telefax 040 / 28 01 45 - 775
www.berufsschutz.de

Servicezeiten
Montag-Freitag 07:30 - 18:00 Uhr

Informationen zur Erhöhung Ihrer Absicherung

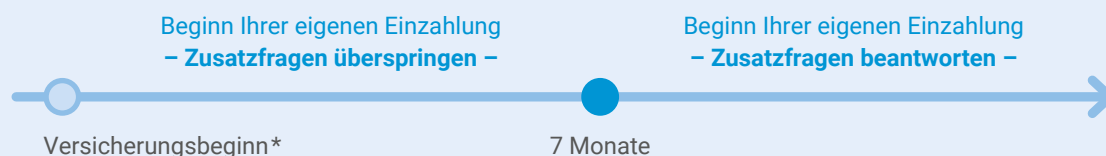


Das von Ihnen gewünschte und auf dem Gesundheits-Check eingetragene **Datum zum Beginn Ihrer Gehaltsumwandlung** muss mindestens 3 Monate in der Zukunft liegen.



Der Gesundheits-Check enthält **2 Zusatzfragen**. Diese **Zusatzfragen** können Sie in den folgenden Fällen überspringen:

- ▶ Wenn zwischen Ihrem Versicherungsbeginn im Berufsschutz Plus und dem von Ihnen gewünschten Beginn Ihrer eigenen Einzahlung (Gehaltsumwandlung) höchstens 7 Monate liegen.



- ▶ Wenn Ihre Absicherung im Berufsschutz Plus nicht höher als 1.000 Euro im Monat sein soll.

*Wenn der persönliche Versicherungsbeginn im Berufsschutz Plus vor dem 31. Dezember 2022 lag, endet der Zeitraum am 30. Juni 2023.



Das **Ergebnis des Gesundheits-Checks** stellen wir Ihnen als PDF-Datei in das Vorsorgeportal der Hamburger Pensionskasse ein.

Möglicherweise können wir Ihnen die gewünschte Bescheinigung nach Prüfung Ihres vereinfachten Gesundheits-Checks nicht oder nur mit Einschränkungen ausstellen. In diesem Fall haben Sie die Möglichkeit, die Bescheinigung mit einem **erweiterten Gesundheits-Check** erneut zu beantragen.


Arbeitgeber _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum ____ . ____ . ____

Bestandsnummer _____



Bitte ausfüllen
und an die
Pensionskasse
senden

Vereinfachter Gesundheits-Check

Die nachfolgenden Fragen sind wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann die Hamburger Pensionskasse von 1905 VVaG (HPK) zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG in der beigefügten Mitteilung.

Derzeit ausgeübter Beruf _____

Beginn der Gehaltsumwandlung 01. ____ . 20____ (Bitte beachten Sie die Information auf Seite 1)

VEREINFACHTER GESUNDHEITS-CHECK

1. Hindern Sie derzeit gesundheitliche Gründe daran, Ihre berufliche Tätigkeit ohne Einschränkungen auszuüben?

ja nein

2. Waren Sie in den letzten 24 Monaten mehr als 14 Kalendertage ununterbrochen arbeitsunfähig?

ja nein

3. Liegt bei Ihnen derzeit eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder ein Grad der Behinderung von mindestens 30 vor oder haben Sie aktuell Derartiges beantragt?

ja nein

ZUSATZFRAGEN (Bitte beachten Sie die Information auf Seite 1)

1. Ist ihr Body-Mass-Index (BMI) größer als 33?

ja nein

2. Nehmen Sie zur Zeit oder nahmen Sie in den letzten 3 Jahren verschreibungspflichtige Medikamente über einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 4 Wochen ein oder wurden Sie in den letzten 3 Jahren wegen einer der nachfolgenden Erkrankungen ärztlich untersucht, beraten oder behandelt: Erkrankungen des Herz-/Kreislauf- oder Gefäßsystems (z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall), Erkrankungen des Nervensystems oder der Psyche (z. B. Epilepsie, Depressionen), Tumorerkrankungen, wiederholte oder länger als 4 Wochen andauernde Beschwerden des Bewegungsapparates (z. B. Wirbelsäule), Diabetes mellitus, Allergien oder besteht eine HIV-Infektion?

ja nein

Hinweis: Bevor Sie diesen Fragebogen unterschreiben, lesen Sie bitte auch die beigefügte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift wird die Mitteilung Teil des Vertrags.

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte ausfüllen
und an die
Pensionskasse
senden

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum ____

Bestandsnummer _____

Datenschutzeinwilligung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für Ihren Antrag und den Vertrag verarbeiten zu dürfen, benötigt die Hamburger Pensionskasse von 1905 VVaG (HPK) Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen:

- ▶ Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass die HPK meine in diesem Antrag, in einem früheren Vertragsverhältnis und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.
- ▶ Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass meine Gesundheitsdaten in der Risikoprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden dürfen.
- ▶ Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass meine Gesundheitsdaten bei der Entscheidung über meine Ansprüche auf Versicherungsleistung über die gesetzlich geregelten Fälle hinaus in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden dürfen.
- ▶ Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass die HPK 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 verarbeitet.
- ▶ Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verarbeitet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die HPK tätigen Beschäftigten im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren der Schweigepflicht unterliegenden Daten von ihrer Schweigepflicht.

Es steht Ihnen frei, diese Einwilligung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später unter der 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.

Ich habe die Datenschutzeinwilligung verstanden und zur Kenntnis genommen.

Datum _____

Unterschrift _____

GESONDERTE MITTEILUNG (§ 19 Abs. 5 VVG)

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

Damit die Hamburger Pensionskasse von 1905 VVaG (HPK) Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

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

Ein Vertrag im Sinne dieser Mitteilung ist die Vereinbarung zur Erhöhung Ihrer versicherten Rente, die auf Grundlage der vorliegenden Gesundheits- und Risikoprüfung von der HPK genehmigt wird.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen die HPK in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn die HPK nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat die HPK kein Rücktrittsrecht, wenn die HPK den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

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

- ▶ weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- ▶ noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Die Leistungspflicht der HPK entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht der HPK der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Die Rückzahlung der Beiträge kann im Falle eines Rücktritts nicht verlangt werden. Eine Rückzahlung findet lediglich in der Höhe des Rückkaufswerts statt.

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

2. Kündigung

Kann die HPK nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, kann die HPK den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Kündigt die HPK Ihren Vertrag, wird er beitragsfrei gestellt.

Das Kündigungsrecht der HPK ist ausgeschlossen, wenn die HPK den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsänderung

Kann die HPK nicht zurücktreten oder kündigen, weil die HPK den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der HPK Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen.

Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließt die HPK die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung der HPK über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht wird Sie die HPK in ihrer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Die HPK kann ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die HPK von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von der HPK geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung ihrer Rechte hat die HPK die Umstände anzugeben, auf die sie ihre Erklärung stützt. Zur Begründung kann die HPK nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Die HPK kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

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

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

5. Anfechtung

Wenn Sie die HPK arglistig täuschen, kann die HPK den Vertrag auch anfechten.

Bei einer Anfechtung steht der HPK der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Die Rückzahlung der Beiträge kann im Falle einer Anfechtung nicht verlangt werden. Eine Rückzahlung findet lediglich in der Höhe des Rückkaufswerts statt.

6. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Hamburger Pensionskasse von 1905 VVaG
Postfach 10 50 27
20035 Hamburg

Telefon 040 / 28 01 45 - 319
Telefax 040 / 28 01 45 - 775
www.berufsschutz.de
Servicezeiten
Montag-Freitag 07:30-18:00 Uhr

Alles vollständig?

1

Unterschriebener Gesundheits-Check



2

Unterschriebene Datenschutzerklärung



Bitte beachten Sie, dass wir Ihre Anfrage nur bearbeiten können, wenn uns die beiden unterschriebenen Dokumente vorliegen.

Gerne können Sie die hier aufgedruckte Rücksendeadresse für Ihre Antwort an die Hamburger Pensionskasse verwenden, z. B. bei einem Umschlag mit Sichtfenster.