

Antragsteller/in: Vorname, Name      Geburtsdatum:

Versicherte Person: Vorname, Name      Geburtsdatum:

# Erklärungen der zu versicherten Person Angaben zum Gesundheitszustand zur Risikovorprüfung



Antrag vom:

Versicherungs- / Antrags-Nr:

**Beachten Sie bitte die „Wichtigen Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht“.**

Gender-Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Formular das generische Maskulinum verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung wertungsfrei und ausdrücklich für alle Geschlechter.

### Welche Absicherung wünschen Sie?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Berufs-/Dienstunfähigkeitsversicherung (BU/DU)   | <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsversicherung (EU)                                    |
| <input type="checkbox"/> Absicherung gegen schwere Krankheiten (DD)   | <input type="checkbox"/> Grundfähigkeitsversicherung (GV)  |
| <input type="checkbox"/> Risikolebensversicherung (RisikoLV)  | <input type="checkbox"/> Pfl egetagegeldversicherung /-rentenversicherung (PT/PV)                |
| <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (PKV)  | <input type="checkbox"/> Krankentagegeldversicherung (KT)  |
| <input type="checkbox"/> Krankenversicherung für Beamte (Beihilfe)<br>Beihilfesatz                      %      Beihilfeträger | <input type="checkbox"/> Krankenversicherung für Beamtenanwärter<br>(Welches Bundesland / Bund?) |
| <input type="checkbox"/> Krankenhauszusatzversicherung (stationär)  | <input type="checkbox"/> Heilpraktikerversicherung   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |

### Welchen Berufsstand haben Sie?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angestellter   | <input type="checkbox"/> Selbstständiger (GRV-Pflichtig)   |
| <input type="checkbox"/> Angestellter – öffentlicher Dienst   | <input type="checkbox"/> Selbstständiger (Versorgungswerk) |
| <input type="checkbox"/> Arbeiter   | <input type="checkbox"/> Freiberufler                      |
| <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter <input type="checkbox"/> Polizist | <input type="checkbox"/> Freier Mitarbeiter                |
| Besoldungsgruppe:   | <input type="checkbox"/> Student - Studienrichtung:        |
| Bundesland:   | <input type="checkbox"/> Lehramtsstudent - Studienfach:    |
| <input type="checkbox"/> Soldat/BGS/Bundespolizei   | <input type="checkbox"/> Auszubildender                    |
| <input type="checkbox"/> Praktikant   | <input type="checkbox"/> Arbeitsloser                      |
| <input type="checkbox"/> freiwillig Wehrdienstleistender/BFD  | <input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig                |
| <input type="checkbox"/> Selbständiger  | <input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann               |
| <input type="checkbox"/> Schüler  | <input type="checkbox"/>                                   |
- (Bei Hausfrau / Hausmann / Soldat bitte Zusatzerklärung (ZE) beifügen)

### Was ist Ihre höchste Berufsausbildung?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Meisterprüfung                               | <input type="checkbox"/> Weiterbildung zum Techniker                           |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildung zum Fach-/Betriebswirt         | <input type="checkbox"/> Abgeschlossene kaufmännische Berufsausbildung         |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlossene industrielle Berufsausbildung | <input type="checkbox"/> Abgeschlossene handwerkliche Berufsausbildung         |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlossene (sonstige) Berufsausbildung   | <input type="checkbox"/> keine oder noch nicht abgeschlossene Berufsausbildung |

### Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Staatsexamen (Universität) | <input type="checkbox"/> Diplom, Magister                                 |
| <input type="checkbox"/> Diplom (Fachhochschule)    | <input type="checkbox"/> Master (Universität)                             |
| <input type="checkbox"/> Master (Fachhochschule)    | <input type="checkbox"/> Bachelor (Universität)                           |
| <input type="checkbox"/> Bachelor (Fachhochschule)  | <input type="checkbox"/> Abitur   |
| <input type="checkbox"/> Fachabitur                 | <input type="checkbox"/> Realschulabschluss/Qualifiz. Hauptschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss        | <input type="checkbox"/> kein Abschluss                                   |

### Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus (Bitte die genaue Berufsbezeichnung)?

Branche:

### In welchem Zeitraum üben Sie Ihre Tätigkeit aus?

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Vollzeit     | <input type="checkbox"/> Teilzeit                      Stunden pro Woche     |
| <input type="checkbox"/> Mutterschutz | <input type="checkbox"/> Elternzeit im Zeitraum von                      bis |

### Wie verteilt sich die Gesamtarbeitszeit Ihrer derzeitigen Tätigkeit prozentual?

Kaufmännische / verwaltende Tätigkeit:	_____ %
Körperliche Tätigkeit:	_____ %
Aufsichtsführende / leitende Tätigkeit:	_____ %
Künstlerische Tätigkeit:	_____ %
Reisetätigkeit:	_____ %
<b>Gesamtarbeitszeit:</b>	<b>_____ 100 %</b>

### Wie hoch ist Ihre Leitungsfunktion?

- Keine     1-3 Mitarbeiter     4-9 Mitarbeiter     10-15 Mitarbeiter     16-30 Mitarbeiter     > 30 Mitarbeiter

### Üben Sie derzeit einen Zweitjob aus?

- Nein     Wenn ja, welchen Zweitberuf genau?

(Bei einem Zweitjob bitte eine Tätigkeitsbeschreibung (ZE) beifügen)

## Einkommen / Einnahmen:

Bitte geben Sie Ihr jährliches Arbeitseinkommen (bei Selbständigen Gewinn bzw. Jahresüberschuss) der letzten 3 Jahre an:

Brutto (vor Steuern)	Netto (nach Steuern)	laufendes Jahr	€
		Letztes Jahr	€
		Vorletztes Jahr	€

(Bei mehr als 30.000 € jährliche Berufsunfähigkeitsrente bitte Einkommensnachweise mit einreichen)

Haben Sie für den Fall der Berufs- oder Dienstunfähigkeit Renten zu erwarten (ohne gesetzliche Rente)?

Nein Ja, wie hoch und woher? (z.B. betriebliche Altersvorsorge, Versorgungswerke etc.)

## Gesamtversicherungsschutz

Bestehen bereits Versicherungen auf Ihr Leben (einschl. Berufsunfähigkeits-/Dienstunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-/Schulunfähigkeitsrente/ Grundfähigkeitsversicherung, Schwere Krankheiten Absicherung, Erwerbsausfallrente, etc.)?

Nein	Ja, Art der Versicherung?	Besteht seit wann?
	Bei welchem Versicherer?	Höhe der Absicherung?
	Ja, Art der Versicherung?	Besteht seit wann?
	Bei welchem Versicherer?	Höhe der Absicherung?

Besteht ein Anspruch auf Gehalts- / Lohnfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit?

Nein	Ja, für	Tage
	Haben Sie eine Krankentagegeldversicherung?	
	Nein	Ja, ab dem Tag in Höhe von € pro Tag
	und ab dem Tag in Höhe von	€ pro Tag
	Bei welchem Versicherer?	

Besteht ein Anspruch auf eine Pflegeabsicherung (nicht die gesetzliche Pflegepflichtversicherung)?

Nein	ja, ein Pfl egetagegeld in Höhe von	€ pro Tag oder eine Pflegerente in Höhe von	€ mtl.
	Bei welchem Versicherer?		

Besteht eine Absicherung für den Todesfall (Risikolebensversicherung)?

Nein	Ja, in Höhe von	€ Bei welchem Versicherer?
------	-----------------	----------------------------

Wurden in den letzten 5 Jahren Lebens-, Risikolebens- und Rentenversicherungen, Berufs-, Dienst-, Erwerbs-, Schulunfähigkeitsversicherungen, Erwerbsausfallversicherungen, Dread Disease Versicherung (Leistung bei schwerer Erkrankung), Grundfähigkeitsversicherungen, Pflege- oder Private Kranken(-zusatz)versicherungen zurückgestellt, abgelehnt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen?

Nein	Ja, weshalb?	Bei welchem Versicherer?
	wann?	

## Berufs- und Freizeitrisko

Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt?

Nein Ja (Bitte ankreuzen und Zusatzerklärung/en beifügen):

Umgang mit explosiblen und radioaktiven Stoffen	Flugsport (Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen, Hängegleiter)
Bergsport (ausgenommen Wandern)	Motorsport (z.B. Automobilsport, Motorradsport)
Tauchen	Reitwettbewerbe (Berufssreiter, Freizeitreiter)
Kampfsport (z.B. Judo, Karate, Boxen)	Segelsport oder Motorbootsport
andere gefahrerhöhende Berufs- Freizeitaktivitäten	

## Auslandsaufenthalte

Sind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte von mehr als 3 Monaten Dauer oder in Krisengebieten vorgesehen?

(Krisengebiete sind Länder und Regionen, für die eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes besteht. Informationen hierzu finden Sie unter [www.auswaertiges-amt.de](http://www.auswaertiges-amt.de))

Nein	Ja, bitte Zusatzerklärung beifügen:	Auslandsaufenthalte	Auslandsklausel
------	-------------------------------------	---------------------	-----------------

## Angaben zum Gesundheitszustand zur Risikoprüfung

In Klammern sind einige Beispiele genannt, um Ihnen die Beantwortung der Fragen zu erleichtern. Es handelt sich nicht um eine vollständige Auflistung. Bitte geben Sie auch Sachverhalte an, denen Sie nur geringe Bedeutung bemessen. (evtl. durchgeführte Gentests müssen hier nicht angegeben werden).

**Wird eine Frage mit "Ja" beantwortet, bitte zusätzliche Fragen auf Seite 4 dieser Erklärung und ggf. Zusatzklärung (ZE) beifügen.**

Gegenwart:	Körpergröße	cm	Gewicht:	kg	JA	NEIN
1. Bestehen <b>Krankheiten, Beschwerden, Folgen von Krankheiten</b> bzw. <b>Unfälle</b> oder <b>Verletzungen</b> ?						
2. Bei Frauen: besteht eine Schwangerschaft? Schwangerschaft ZE beifügt						
3. Besteht eine <b>Fehlsichtigkeit</b> ? Wenn ja, Dioptrien: links rechts kurzsichtig weitsichtig						
4. Nehmen Sie derzeit oder haben Sie in den letzten 12 Monaten <b>Arzneimittel</b> eingenommen						
5. Besteht eine <b>Minderung der Erwerbsfähigkeit</b> , eine <b>Schwerbehinderung</b> oder <b>Wehrdienstbeschränkung</b> ? MdE % GdB %						
6. Streben Sie aus <b>gesundheitlichen Gründen</b> einen <b>Arbeitsplatzwechsel</b> an?						
7. Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht? Stk./Tag (Auch E-Zigaretten/Shisha)						

Vergangenheit:	JA	NEIN
8. Bestanden in den <b>letzten 5 Jahren</b> Krankheiten, Beschwerden oder Funktionsstörungen:		
a) der <b>Herzen, Kreislaufs, der Gefäße</b> (z.B. Angina Pectoris, ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Krampfadern, Durchblutungsstörungen, Thrombose)? Herz-, Blutgefäß-, und Kreislaufkrankungen, ZE beifügt Thrombosen, Venenerkrankungen, ZE beifügt		
b) der <b>Lunge, Bronchien, Luftröhre, Nase</b> (z.B. Atemnot, Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)? Asthma Bronchiale / Lungen- und Kreislaufstörungen, ZE beifügt		
c) der <b>Speiseröhre, des Magens, Darms, der Leber, Bauchspeicheldrüse, Galle, Milz</b> (z.B. Magengeschwür, Darmblutung, Colitis ulcerosa, Gastritis, Reizdarm, erhöhte Leberwerte, Sodbrennen)? Magen- und Darmerkrankungen, ZE beifügt		
d) der <b>Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane, Brust</b> (z.B. Blasenentzündung, Nierenbeckenentzündung, Nierensteine, Zystennieren, Blut- oder Eiweiß im Urin) Nieren-, Harnwegs- und Prostataerkrankungen, ZE beifügt Gynäkologische Erkrankungen, ZE beifügt		
e) des <b>Stoffwechsels, Blutes, der Lymphknoten, Schilddrüse</b> (z.B. Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfettwerte, Gicht, Anämie, Leukämie, Hashimoto, Hämophilie, Erkrankungen der Lymphknoten)? Diabetes Mellitus (Zuckerkrankheit), ZE beifügt Schilddrüsen- und Stoffwechselerkrankungen, ZE beifügt		
f) des <b>Gehirns, Nervensystems</b> , (z.B. Multiple Sklerose, Epilepsie, Kopfschmerzen, Migräne, Lähmungen, chronische Schmerzen, Gangunsicherheit)? Kopfschmerzen, ZE beifügt		
g) der <b>Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Bänder, Wirbelsäule, Bandscheiben</b> (z.B. Bewegungseinschränkungen, Gelenkfehlstellung, Kreuzband- /Meniskusris, HWS Syndrom, Bandscheibenvorfall, Rheuma, Fibromyalgie, Arthrose) Gelenkerkrankungen, Bänder- und Sehnenverletzungen, ZE beifügt Verletzungen, ZE beifügt Rückenbeschwerden, Wirbelsäulenerkrankungen, Bandscheibenschäden, ZE beifügt		
h) der <b>Augen</b> (z.B. Linsentrübung, Augenfehlstellung, erhöhter Augendruck, Netzhauterkrankung, Sehnervenentzündung)? Augenerkrankung / Sehstörungen, ZE beifügt		
i) der <b>Ohren</b> (z.B. Hörminderung, Hörsturz, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen)? Gehörerkrankung, Schwerhörigkeit, ZE beifügt		
j) der <b>Haut</b> oder <b>Allergien</b> (z.B. Abszess, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hausstaub-, Pollen-, Tierhaar-, Nahrungsmittel- oder berufsbedingte Allergie)? Hauterkrankungen, ZE beifügt Allergische Erkrankungen, ZE beifügt		
k) <b>gutartige Tumorerkrankungen</b> (z.B. Zyste, Adenom)?		
l) <b>Infektionskrankheiten, Geschlechts- /Tropenkrankheiten</b> (z.B. COVID-19, Malaria, Hepatitis, Tuberkulose, Borreliose)? <input type="checkbox"/> COVID-19, ZE beifügt <input type="checkbox"/> andere, ZE beifügt (Medizin Allgemein)		
m) der <b>Psyche</b> oder <b>Suchterkrankungen</b> (z.B. Depression, Angststörung, ADHS, Bulimie, chronisches Müdigkeitssyndrom, psychosomatische Störung, Drogeneinnahme, Medikamentenmissbrauch, krankhafte Folgen durch Alkoholkonsum)? Psychische Erkrankungen, ZE beifügt		
9. <b>Name und Anschrift des Hausarztes</b> bzw. des Arztes, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse unterrichtet ist (Name, Ort, Straße, Hausnummer, Fachrichtung):		
10. Sind Sie in <b>den letzten 5 Jahren</b> durch <b>Ärzte</b> oder <b>andere Behandler</b> (z.B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) untersucht, beraten oder behandelt worden? <b>Bitte nur die Bezeichnung der Untersuchung, Beratung oder Behandlung angeben und detaillierte Angaben auf Seite 4 dieser Erklärung machen.</b>		
<b>Für KV: Bitte machen Sie hier nähere Angaben, falls eine Kinderwunschbehandlung erfolgt ist:</b>		
Wann und wie lange?		Anzahl der Behandlungen / Versuche
Art der Behandlung IVF ICSI andere		
Mit welchem Ergebnis:		
Sind weitere Behandlungen / Versuche vorgesehen? Ja Nein		
11. Erfolgt in den <b>letzten 10 Jahren Operationen, Krankenhaus-</b> bzw. <b>Kuraufenthalte</b> oder haben Sie einen <b>Unfall, Verletzungen</b> oder <b>Vergiftungen</b> erlitten?		
12. Bestehen oder bestanden <b>bösartige Tumorerkrankungen</b> (z.B. Krebs) erfolgte ein <b>Selbsttötungsversuch</b> oder wurde bei Ihnen eine <b>HIV-Infektion</b> festgestellt (positiver Aids-Test)?		

Antragsteller/in: Vorname, Name      Geburtsdatum:

Versicherte Person: Vorname, Name      Geburtsdatum:

**Zusatzfragen bitte nur beantworten bei Tarifen mit Zahnleistung**

Z1. Erfolgt derzeit eine zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt?

Zahnersatz

Kieferorthopädie

Zahnbehandlung (z.B. Parodontitis)

Z2. Fehlen nicht ersetzte Zähne (außer Lückenschluss, Weisheitszähne) oder sind Zähne überkront oder ersetzt (z.B. überbrückte Zähne, prothetisch versorgte Zähne oder Implantate)? Falls ja, bitte die Anzahl angeben (für keine bitte eine null ("0") eintragen)

a) Anzahl fehlende Zähne

b) Anzahl ersetzte /überkronte Zähne

davon älter als 5 Jahre?

davon älter als 10 Jahre?

Z3. Tragen Sie eine Aufbissschiene?

**Sie haben eine der Gesundheitsfragen 1 – 12 mit "Ja" beantwortet.  
Bitte machen Sie dazu detaillierte Angaben zur Beratung, Behandlung und Erkrankung.**

**Frage Nr.**

Wie wird die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

Waren Sie deshalb arbeitsunfähig?      Nein      Ja, wie lange?

Wie wurden Sie behandelt? (bei Medikamenten bitte Namen, Dosierung und Dauer der Behandlung angeben)

Wann, wie lange und wie oft wurden Sie behandelt?

Wurden Sie wegen dieser Erkrankung operiert?      Nein      Ja, welche Operation wurde durchgeführt?

Bestehen jetzt noch Beschwerden / Folgen?      Nein      Ja, welche?

Ist die Erkrankung zwischenzeitlich ausgeheilt?      Nein      Ja, seit wann?

Sind noch Behandlungen geplant bzw. erforderlich?      Nein      Ja, welche?

Wann und durch wen erfolgte die letzte Behandlung oder Untersuchung? (Name, Anschrift und Fachrichtung des behandelnden Arztes)

---

**Frage Nr.**

Wie wird die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

Waren Sie deshalb arbeitsunfähig?      Nein      Ja, wie lange?

Wie wurden Sie behandelt? (bei Medikamenten bitte Namen, Dosierung und Dauer der Behandlung angeben)

Wann, wie lange und wie oft wurden Sie behandelt?

Wurden Sie wegen dieser Erkrankung operiert?      Nein      Ja, welche Operation wurde durchgeführt?

Bestehen jetzt noch Beschwerden / Folgen?      Nein      Ja, welche?

Ist die Erkrankung zwischenzeitlich ausgeheilt?      Nein      Ja, seit wann?

Sind noch Behandlungen geplant bzw. erforderlich?      Nein      Ja, welche?

Wann und durch wen erfolgte die letzte Behandlung oder Untersuchung? (Name, Anschrift und Fachrichtung des behandelnden Arztes)

---

**Frage Nr.**

Wie wird die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

Waren Sie deshalb arbeitsunfähig?      Nein      Ja, wie lange?

Wie wurden Sie behandelt? (bei Medikamenten bitte Namen, Dosierung und Dauer der Behandlung angeben)

Wann, wie lange und wie oft wurden Sie behandelt?

Wurden Sie wegen dieser Erkrankung operiert?      Nein      Ja, welche Operation wurde durchgeführt?

Bestehen jetzt noch Beschwerden / Folgen?      Nein      Ja, welche?

Ist die Erkrankung zwischenzeitlich ausgeheilt?      Nein      Ja, seit wann?

Sind noch Behandlungen geplant bzw. erforderlich?      Nein      Ja, welche?

Wann und durch wen erfolgte die letzte Behandlung oder Untersuchung? (Name, Anschrift und Fachrichtung des behandelnden Arztes)

---

Wurden Zusatzerkklärungen / Zusatzblätter verwendet und beigefügt?      Nein      Ja, Anzahl

**Erklärung:** Die Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig ausgefüllt worden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen vorgenannten Fragen nochmals selbst überprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Versicherungsgesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Ort, Datum      Unterschrift der zu versicherten Person

## “Wichtige Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht”

### Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht)

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

Mir ist bekannt, dass bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung alle mir bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen in Textform gefragt ist, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben sind. Sollte ich nach meiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt werden, bin ich insoweit zur Anzeige verpflichtet. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben unter Umständen je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, ihn kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern kann.

#### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletze ich die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Gesellschaft vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn ich nachweise, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat die Gesellschaft kein Rücktrittsrecht, wenn sie 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 Gesellschaft den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt sie dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn ich nachweise, dass der nicht oder nicht richtig angehende Umstand - weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles, - noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn ich die Anzeigepflicht arglistig verletzt habe. Bei einem Rücktritt steht der Gesellschaft der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Ich habe dann Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwerts.

#### 2. Kündigung

Kann die Gesellschaft nicht vom Vertrag zurücktreten, weil ich die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt habe, kann die Gesellschaft den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern dies bedingungsgemäß oder gesetzlich vorgesehen ist und die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn die Gesellschaft den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Wurde die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichtet die Gesellschaft bedingungsgemäß auf die Ausübung ihres Kündigungsrechts.

#### 3. Vertragsänderung

Kann die Gesellschaft nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft Vertragsbestandteil. Habe ich die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft rückwirkend Vertragsbestandteil. Habe ich die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Die Vertragsänderung kann (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) zum Ausschluss des Versicherungsschutzes und damit der Leistungspflicht führen. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt die Gesellschaft die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann ich den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werde ich in einer gesonderten Mitteilung hingewiesen. Wurde die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichtet die Gesellschaft – ausgenommen bei der Unfallversicherung – bedingungsgemäß auf die Ausübung ihres Rechts auf Vertragsänderung.

#### 4. Ausübung der Rechte der Gesellschaft

Die Gesellschaft 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 Gesellschaft von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihr geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung dieser Rechte sind die Umstände anzugeben, auf die sich die Erklärung stützt. Zur Begründung kann die Gesellschaft nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die eben genannte Frist nicht verstrichen ist. Die Gesellschaft 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 zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von 5 Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt 10 Jahre, wenn ich die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt habe.

#### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lasse ich mich bei Abschluss des Vertrags 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 Gesellschaft, die Kenntnis und Arglist meines Stellvertreters als auch meine eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Ich kann mich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder meinem Stellvertreter noch mir Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Hinweis: Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesen Antrag oder in andere Schriftstücke geschrieben haben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit. Sprechen Sie ggf. mit Ihren Ärzten über Einträge in Ihrer Krankenakte und auch aller Befund-/ Entlassungs- und Behandlungsberichte von Kollegen und Krankenhäusern, welche sich in Ihren Unterlagen befinden. Fragen Sie ggf. bei Ihrer Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung nach Ihren persönlichen Daten über Leistungen (z.B. Behandlungen, Arzneimittel, stationäre Aufenthalte, ambulante Operationen, usw.) mitsamt Diagnose, Leistungsverordnung und -erbringer, Leistungsbezug usw. sowie Vorversicherungszeiten.