



Erklärung zur Gesundheit und finanziellen Situation

AXA Lebensversicherung AG

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln · Postanschrift: 51172 Köln
Internet: www.AXA.de
Sitz der Gesellschaft: Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 271
USt.-Ident-Nr. DE 122786679 · Versicherungssteuernr.: 800/V90810019239
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Antimo Perretta;
Vorstand: Dr. Thilo Schumacher, Vorsitzender;
Dr. Karsten Dietrich, Beate Heinisch, Kai Kuklinski, Dr. Stefan Lemke,
Dr. Marc Daniel Zimmermann.

DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG

Abraham-Lincoln-Park 5, 65189 Wiesbaden · Postanschrift: 65170 Wiesbaden
Internet: www.DBV.de · E-Mail: service@dbv.de
Sitz der Gesellschaft: Köln · Handelsregister Köln HR B Nr. 271
USt.-Ident-Nr. DE 122786679 · Versicherungssteuernr.: 800/V90810019239
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Antimo Perretta;
Vorstand: Dr. Thilo Schumacher, Vorsitzender;
Dr. Karsten Dietrich, Beate Heinisch, Kai Kuklinski, Dr. Stefan Lemke,
Dr. Marc Daniel Zimmermann.



Wichtiger Hinweis

Welche der oben genannten Gesellschaften Ihr Vertragspartner ist,
entnehmen Sie bitte den Gesellschaftsangaben Ihres Antrages.

Erklärung zur Gesundheit & finanziellen Situation

- Relax Rente mit Zusatzversicherung
- Fonds-Rente mit Zusatzversicherung und/oder Todesfallleistung
- Risikolebensversicherung (ggf. mit Zusatzversicherung)

- Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung
- Selbstständige Dienstunfähigkeitsversicherung
- Selbstständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung

| | | | |
|---|---|-------|--|
| Gesundheit & finanzielle Situation | Diese Gesundheitserklärung ist zwingend erforderlicher Bestandteil des Antrages vom. _____ | | |
| Antragssteller/ Versicherungsnehmer (VN) | Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma | | |
| | Name, Vorname, Geburtsname, Titel | _____ | |
| | Geburtsdatum | _____ | |
| Versicherte Person (VP) | Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau | | |
| | Name, Vorname, Geburtsname, Titel | _____ | |
| | Geburtsdatum | _____ | |

Fragen an die Antrag stellende Person bzw. an die zu versichernde Person

Beantworten Sie bitte alle nachstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der nachfolgenden Angaben sind, jeweils nach bestem Wissen, sowohl die Antrag stellende Person als auch die zu versichernde Person verantwortlich. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich an AXA Lebensversicherung AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln, bzw. DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG, Abraham-Lincoln-Park 5, 65189 Wiesbaden in Textform nachzureichen.

Bei unvollständigen oder nicht wahrheitsgemäßen Angaben können wir den Vertrag aufheben (Rücktritt oder Anfechtung) und die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verweigern. Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der „Mitteilung nach §19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“.

Der Vertragsabschluss ist nicht von der Durchführung eines genetischen Tests abhängig. Nur wenn Ihnen ein solcher Befund bereits vorliegt, müssen Sie diesen ab einer Gesamtversicherungssumme größer 300.000 Euro bzw. einer Gesamt-BU-/DU-/EU-Gesamtjahresrente größer 30.000 Euro offen legen. Beachten Sie hierzu bitte unsere Hinweise zu Gentests auf der Rückseite.

Zur Erleichterung der Beantwortung der einzelnen Fragen haben wir Ihnen vielfach in Klammern auch Beispiele für Krankheiten etc. genannt. Es handelt sich hierbei nicht um abschließende Aufzählungen.

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, fügen Sie bitte Anlagen unterschrieben bei.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns diese Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen.

Das Technikblatt ist zwingend erforderlicher Bestandteil des Antrags. Die darin enthaltenen Angaben sind Grundlage für die Tarifierung. Dies gilt auch für Ihre Angaben zur beruflichen Tätigkeit und dem Rauchverhalten.

I. Finanzielle Angaben

Frage 1. c) bitte zusätzlich immer beantworten, wenn BU/DU/EU beantragt ist

1. a) Bitte geben Sie Ihr Jahresbruttoeinkommen der letzten 3 Jahre an:

| | | |
|-----------------|-----------------|-----------------|
| Jahr _____ Euro | Jahr _____ Euro | Jahr _____ Euro |
|-----------------|-----------------|-----------------|

b) Bestehen bereits Lebens-, Rentenversicherungen, Berufs-/Dienstunfähigkeitsversicherungen oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder sind solche beantragt? Bei welcher Gesellschaft und in welcher Höhe? ja nein

| | | |
|--------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| Gesellschaft _____ | Todesfallleistung _____ Euro | BU-/DU-/EU-Rente monatlich _____ Euro |
| Gesellschaft _____ | Todesfallleistung _____ Euro | BU-/DU-/EU-Rente monatlich _____ Euro |

c) Bestehen weitere Absicherungen? ja nein

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beamtenversorgung | BU-/DU-/EU-Rente monatlich _____ Euro | <input type="checkbox"/> Berufsständische Versorgung | BU-/DU-Rente monatlich _____ Euro |
| <input type="checkbox"/> Betriebliche Altersversorgung | BU-/DU-/EU-Rente monatlich _____ Euro | <input type="checkbox"/> Zusatzversorgung im ÖD | BU-/DU-/EU-Rente monatlich _____ Euro |

II. Gesundheitsangaben Größe/Gewicht Krankheiten/ Unfallfolgen in den letzten 5 Jahren

1. Wie groß und wie schwer sind Sie?

_____ cm _____ kg

2. Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung, Behandlung oder Untersuchung bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psycho- oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten wegen Krankheiten oder Unfallfolgen

| | |
|--|---|
| a) des Herzens , des Kreislaufs oder der Blutgefäße (z. B. erhöhter Blutdruck, Schmerzen in der Herzgegend, Migräne, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzkranzgefäße, Durchblutungsstörungen, Venenleiden)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| b) der Atmungsorgane (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Kehlkopferkrankung)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| c) des Magens , der Speiseröhre , des Darms , der Leber , der Bauchspeicheldrüse , der Galle , der Milz (z. B. Magengeschwür, Entzündungen, erhöhte Leberwerte)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| d) der Nieren und Harnwege , der Blase , der Geschlechtsorgane , der Prostata , der Brust (z. B. Steinleiden, Zysten, Entzündungen)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| e) des Stoffwechsels , der Schilddrüse (z. B. Diabetes/Zucker, erhöhter Blutzucker, erhöhtes Cholesterin, Gicht)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| f) des Blutes oder Tumorerkrankungen (z. B. Anämie, Leukämie, Krebs, Lymphknoten)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| g) Bindegewebs- oder entzündliche Gelenkerkrankungen (z. B. Rheumatismus, Arthritis, Bechterew, Leistenbruch)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| h) Infektionskrankheiten , Geschlechtskrankheiten , Tropenkrankheiten (z. B. Malaria, Hepatitis, Tuberkulose)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| i) der Psyche , des Gehirns , des Nervensystems (z. B. Depressionen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Psychotherapien, Bulimie, Essstörungen, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Anfallsleiden, Lähmungen, Schlaganfall)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| j) der Augen (z. B. Sehstörungen, grauer oder grüner Star, Blindheit)? Bei Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Dioptrienwert links _____ Dioptrienwert rechts _____ | |
| k) der Ohren/Sinnesorgane (z. B. Ohrengeräusche, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen, verminderter Geschmacks- oder Geruchssinn)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| l) des Rückens , der Wirbelsäule und Bandscheiben (z. B. Skoliose, HWS-/BWS-/LWS-Syndrom, Rücken-/Nackenschmerzen, Lumbago, Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Ischias)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| m) des Bewegungsapparates , der Knochen , Gelenke , Muskeln , Bänder und Sehnen (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Bänder- oder Meniskusschäden)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| n) der Haut oder Allergien (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Heuschnupfen, Hausstaub-/Medikamenten-/Insektenallergie)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| o) aufgrund des Konsums von Alkohol, Nikotin, Drogen oder Medikamenten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Ergänzende Informationen, wenn eine oder mehrere Fragen mit „ja“ beantwortet wurden:

| | | | | |
|----------------|--|---|--------------------------|---|
| Zu Frage _____ | Was lag oder liegt vor? Diagnose? Verlauf? _____ | Welche Behandlung erfolgte bzw. erfolgt? Bestehen Folgen? _____ | Zeitraum von – bis _____ | Name/Anschrift behandelnder Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Heil-/Kurstätten _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |



Stationäre Behandlungen in den letzten 10 Jahren

3. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Reha-Maßnahmen, Kuren, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-/Chemotherapie)? ja nein

Ergänzende Informationen, wenn die Frage mit „ja“ beantwortet wurde:

| Was lag oder liegt vor? Diagnose? Verlauf? | Welche Behandlung erfolgte bzw. erfolgt? Bestehen Folgen? | Zeitraum von – bis | Name/Anschrift behandelnder Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Heil-/Kurstätten |
|--|---|--------------------|---|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Aktueller Gesundheitsstand

4. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver-AIDS-Test)? **Wenn „ja“:** Wann? _____ ja nein

5. Besteht eine Behinderung, eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)? **Bitte Rentenbescheid zur Einsicht beifügen!** ja nein

| Diagnose/Art der Behinderung/ Bestehend seit? | GdB, Grad der MdE, WDB in % | Name/Anschrift behandelnder Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Heil-/Kurstätten |
|---|-----------------------------|---|
| Wenn „Ja“: Welche? _____ | _____ | _____ |

Gefahren in der Freizeit

6. Sind Sie Gefahren in der Freizeit ausgesetzt (z. B. Berg-, Flug-, Kampf-, Motor-, Wildwassersport, Fallschirmspringen, Wettfahrten, Tauchen)? ja nein

Wenn „Ja“: Welchen? _____

Einschluss dieses Risikos erwünscht? ja nein

Auslandsaufenthalt

7. Sind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte außerhalb der Europäischen Union von mehr als 3 Monaten Dauer oder Aufenthalte in Krisengebieten vorgesehen? ja nein

Wenn „Ja“: Wohin? _____ beruflich privat Zeitraum: _____

Liegen noch weitere Anlagen bei? ja, _____ Seiten **Wurde eine ärztliche Untersuchung veranlasst?** ja nein

Erklärung zu den Gesundheitsfragen

Der/die Antragsteller/in und die zu versichernde Person versichern, dass sie die in dieser Gesundheitserklärung gestellten Fragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet haben. Bei unvollständigen oder nicht wahrheitsgemäßen Angaben können wir je nach Verschulden vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen oder anpassen und die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verweigern. Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“.

Datenweitergabe

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung an die zentrale Stelle gemäß § 10 EStG (gilt nur für Basisversorgung)

Für den Fall, dass die ursprünglich beantragte Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung nicht zustande kommt, willige ich jederzeit widerruflich ein, dass die AXA Lebensversicherung AG bzw. DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG (vgl. Antrag) die Antragsunterlagen einschließlich aller medizinischen Unterlagen und Befunde zum Zwecke der unverbindlichen Angebotserstellung einer Existenzschutzversicherung an die AXA Versicherung AG bzw. DBV Deutsche Beamtenversicherung Lebensversicherung Zweigniederlassung der AXA Lebensversicherung AG weitergeben darf.

Wichtig

Diese Gesundheitserklärung wird, ebenso wie der Antrag, der Versorgungsvorschlag und das Technikblatt, Bestandteil des Versicherungsvertrags.

Wichtiger Hinweis

Ergänzung zu der bei Antragstellung bereits vorliegenden Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichts-entbindungserklärung.

Welche der auf dem Deckblatt genannten Gesellschaften Ihr Vertragspartner ist, entnehmen Sie bitte den Gesellschaftsangaben Ihres Antrages.

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

1.1. 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 Institutionen 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 sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wir werden Sie in jedem Einzelfall darüber informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können dann jeweils entscheiden, ob Sie

- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen
- oder in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch uns einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an die entsprechende Gesellschaft einwilligen.

1.2. 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 uns 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 (Ärzten, Pflegepersonen, Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Behörden) zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein.

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 übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der auf dem Deckblatt genannten Gesellschaften

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

2.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen 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 auf dem Deckblatt genannten Gesellschaften meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermitteln, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an diese zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die auf dem Deckblatt genannten Gesellschaften tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Unterschriften

| | |
|--|--|
| Ort/Datum | Antragsteller – ggf. gesetzliche Vertreter |
| _____ | _____ |
| Unterschrift aller mitzuversichernden Personen bezogen auf alle obigen Erläuterungen (frühestens mit Alter 14 – ggf. gesetzlicher Vertreter) | Zu versichernde und mitzuversichernde Person(en) – ggf. gesetzlicher Vertreter |
| _____ | _____ |



Gentest

Den Vertragsabschluss machen wir nicht von der Durchführung eines genetischen Tests abhängig. Bereits vorliegende Befunde müssen erst ab einer Gesamtversicherungssumme größer 300.000 Euro bzw. BU-/DU-/EU-Gesamtjahresrente größer 30.000 Euro offengelegt werden. Unter einem genetischen Test verstehen wir sowohl die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf Veränderungen, aus denen die Veranlagung für bestimmte spätere Erkrankungen hervorgeht (prädiktiver Gentest) als auch Untersuchungen des Erbmaterials, die zur Abklärung von Krankheiten durchgeführt werden (diagnostischer Gentest).

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antragsformular gestellten beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns in Textform nachzuholen.

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.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, 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 und/oder die versicherte Person die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Sie weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt haben.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir 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. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Treten wir vom Vertrag zurück, steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung einer ggf. vorhandenen Leistung bei Kündigung (Rückkauf).

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird und für den Tarif eine Beitragsfreistellung zulässig ist.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. 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 schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Die unter 1. – 3. genannten Rechte stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung auf die Folgen der Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen diese Rechte innerhalb eines Monats ausüben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung können wir uns nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung können wir innerhalb von fünf Jahren und, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt wurde, innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Fristen eingetreten sind, können wir unsere Rechte ohne diese zeitliche Beschränkung ausüben.

Haben Sie bzw. die versicherte Person die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht zur Vertragsanpassung. Wurde die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.

5. Anfechtung und deren Ausübung

Haben Sie bzw. die (mit-)versicherte Person unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt gemacht und hat dies auf unsere Annahmementscheidung Einfluss genommen, können wir den Vertrag wegen arglistiger Täuschung auch anfechten.

Mit Zugang unserer Anfechtungserklärung ist der Versicherungsvertrag von Anfang an nichtig. Dies hat zur Folge, dass zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz bestand. Eine ggf. vorhandene Leistung bei Kündigung (Rückkauf) wird, außer bei der Risikoversicherung, der Risiko-Zusatzversicherung, der selbständigen Berufs-/Dienstunfähigkeitsversicherung und selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung, ausgezahlt. Von dieser Leistung ziehen wir gegebenenfalls Stornokosten ab (Gilt nicht in der Basisversorgung), deren Höhe der Tabelle zur Wertentwicklung entnommen werden kann. Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Die Anfechtung müssen wir innerhalb eines Jahres ab Kenntnis der arglistigen Täuschung schriftlich ausüben. Die Anfechtung können wir nur innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsschluss erklären.

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, der Anfechtung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, können Sie sich nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

