



Verkürzte Erklärung zur Gesundheit und finanziellen Situation

- bis max. 100.000 Euro Todesfallleistung
(ggfs. inklusive Überschussbeteiligung)
- bis max. 1.000 Euro monatliche Berufs-/
Dienst-/Erwerbsunfähigkeitsrente
(ggfs. inklusive Überschussbeteiligung)

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; Irina Buchmann,
Dr. Achim Dahlbokum, Dr. Karsten Dietrich, Kayum Guerrero, Daniela-Carina Pohl.

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; Irina Buchmann,
Dr. Achim Dahlbokum, Dr. Karsten Dietrich, Kayum Guerrero, Daniela-Carina Pohl.

Wichtiger Hinweis

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



Verkürzte Erklärung zur Gesundheit & finanziellen Situation
bis max. 100.000 Euro Todesfallleistung (ggfs. inklusive Überschussbeteiligung)
bis max. 1.000 Euro monatliche Berufsunfähigkeitsrente (ggfs. inklusive Überschussbeteiligung)

- ☐ Relax Rente mit Zusatzversicherung
- ☐ JustInvest Fonds-Rente/Fonds-Rente mit Zusatzversicherung
- ☐ Kinder Police (ggfs. mit Zusatzversicherung)
- ☐ Risikolebensversicherung (ggfs. mit Zusatzversicherung)
- ☐ Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung
- ☐ Selbstständige Dienstunfähigkeitsversicherung
- ☐ Selbstständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung

Gesundheit & finanzielle Situation	Diese Gesundheitserklärung ist zwingend erforderlicher Bestandteil des Antrages vom. _____																																	
Antragssteller/ Versicherungs- nehmer (VN)	Anrede ☐ Herr ☐ Frau ☐ Firma Name, Vorname, Geburtsname, Titel _____ Geburtsdatum _____																																	
	Anrede ☐ Herr ☐ Frau Name, Vorname, Geburtsname, Titel _____ Geburtsdatum _____																																	
Versicherte Person (VP)	Anrede ☐ Herr ☐ Frau Name, Vorname, Geburtsname, Titel _____ Geburtsdatum _____																																	
	Anrede ☐ Herr ☐ 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 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“. 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 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. Das Technikblatt muss für die Beantragung von Berufs-/Dienst-/Erwerbsunfähigkeitsschutz beigefügt werden. Die darauf enthaltenen Angaben zur beruflichen Tätigkeit sind Grundlage für die Tarifierung. Dies gilt auch für Ihre Angaben zur beruflichen Tätigkeit und dem Rauchverhalten.																																	
I. Finanzielle Angaben	1. a) Bitte geben Sie Ihr Jahresbruttoeinkommen der letzten 3 Jahre an: <table><tr><td>Jahr</td><td>Jahr</td><td>Jahr</td></tr><tr><td>_____ Euro</td><td>_____ Euro</td><td>_____ Euro</td></tr></table>					Jahr	Jahr	Jahr	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro																							
	Jahr	Jahr	Jahr																															
_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro																																
b) Bestehen bereits Lebens-, Rentenversicherungen, Berufs-/Dienstunfähigkeitsversicherungen, Erwerbsunfähigkeits-, oder Grundfähigkeitsversicherungen oder sind solche beantragt? ☐ ja ☐ nein <table><tr><td>Gesellschaft</td><td>Todesfallleistung</td><td>BU-/DU-/EU-/Grundfähigkeits-Rente monatlich</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____ Euro</td><td>_____ Euro</td></tr><tr><td>Gesellschaft</td><td>Todesfallleistung</td><td>BU-/DU-/EU-/Grundfähigkeits-Rente monatlich</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____ Euro</td><td>_____ Euro</td></tr></table>					Gesellschaft	Todesfallleistung	BU-/DU-/EU-/Grundfähigkeits-Rente monatlich	_____	_____ Euro	_____ Euro	Gesellschaft	Todesfallleistung	BU-/DU-/EU-/Grundfähigkeits-Rente monatlich	_____	_____ Euro	_____ Euro																		
Gesellschaft	Todesfallleistung	BU-/DU-/EU-/Grundfähigkeits-Rente monatlich																																
_____	_____ Euro	_____ Euro																																
Gesellschaft	Todesfallleistung	BU-/DU-/EU-/Grundfähigkeits-Rente monatlich																																
_____	_____ Euro	_____ Euro																																
II. Gesundheits- angaben Größe/Gewicht Krankheiten/ Unfallfolgen in den letzten 5 Jahren	1. Wie groß und wie schwer sind Sie? <table><tr><td>_____ cm</td><td>_____ kg</td></tr></table>					_____ cm	_____ kg																											
	_____ 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 <table><tr><td>a) des Herzens, des Kreislaufs, der Blutgefäße, der Atmungsorgane (z. B. Asthma, Allergien), des Magens, der Speiseröhre, des Darms, der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Galle, der Milz, der Nieren, der Harnwege, der Blase, der Geschlechtsorgane?</td><td>☐ ja ☐ nein</td></tr><tr><td>b) des Stoffwechsels (z. B. Diabetes/Zucker, Cholesterin, Gicht), der Schilddrüse, des Blutes, Tumor-, Bindegewebs- oder entzündliche Gelenkserkrankungen, Infektions-, Geschlechts-, Tropenkrankheiten?</td><td>☐ ja ☐ nein</td></tr><tr><td>c) der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems (z. B. Depressionen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Psychotherapien, Bulimie, Essstörungen, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Anfallsleiden, Lähmungen, wiederholte Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Unruhe oder Taubheitsgefühle, Erschöpfungs- oder Schmerzzustände</td><td>☐ ja ☐ nein</td></tr><tr><td>d) der Sinnesorgane/Ohren, der Haut (z. B. Allergien) oder der Augen? (ggf. Dioptrienwerte Dioptrienwert links Dioptrienwert rechts)</td><td>☐ ja ☐ nein</td></tr><tr><td>e) des Rückens, der Wirbelsäule, der Bandscheiben, des Bewegungsapparates, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen?</td><td>☐ ja ☐ nein</td></tr><tr><td>f) aufgrund des Konsums von Alkohol, Nikotin, Drogen oder Medikamenten?</td><td>☐ ja ☐ nein</td></tr></table>					a) des Herzens, des Kreislaufs, der Blutgefäße, der Atmungsorgane (z. B. Asthma, Allergien), des Magens, der Speiseröhre, des Darms, der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Galle, der Milz, der Nieren, der Harnwege, der Blase, der Geschlechtsorgane?	☐ ja ☐ nein	b) des Stoffwechsels (z. B. Diabetes/Zucker, Cholesterin, Gicht), der Schilddrüse, des Blutes, Tumor-, Bindegewebs- oder entzündliche Gelenkserkrankungen, Infektions-, Geschlechts-, Tropenkrankheiten?	☐ ja ☐ nein	c) der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems (z. B. Depressionen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Psychotherapien, Bulimie, Essstörungen, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Anfallsleiden, Lähmungen, wiederholte Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Unruhe oder Taubheitsgefühle, Erschöpfungs- oder Schmerzzustände	☐ ja ☐ nein	d) der Sinnesorgane/Ohren, der Haut (z. B. Allergien) oder der Augen? (ggf. Dioptrienwerte Dioptrienwert links Dioptrienwert rechts)	☐ ja ☐ nein	e) des Rückens, der Wirbelsäule, der Bandscheiben, des Bewegungsapparates, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen?	☐ ja ☐ nein	f) aufgrund des Konsums von Alkohol, Nikotin, Drogen oder Medikamenten?	☐ ja ☐ nein																		
a) des Herzens, des Kreislaufs, der Blutgefäße, der Atmungsorgane (z. B. Asthma, Allergien), des Magens, der Speiseröhre, des Darms, der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Galle, der Milz, der Nieren, der Harnwege, der Blase, der Geschlechtsorgane?	☐ ja ☐ nein																																	
b) des Stoffwechsels (z. B. Diabetes/Zucker, Cholesterin, Gicht), der Schilddrüse, des Blutes, Tumor-, Bindegewebs- oder entzündliche Gelenkserkrankungen, Infektions-, Geschlechts-, Tropenkrankheiten?	☐ ja ☐ nein																																	
c) der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems (z. B. Depressionen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Psychotherapien, Bulimie, Essstörungen, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Anfallsleiden, Lähmungen, wiederholte Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Unruhe oder Taubheitsgefühle, Erschöpfungs- oder Schmerzzustände	☐ ja ☐ nein																																	
d) der Sinnesorgane/Ohren, der Haut (z. B. Allergien) oder der Augen? (ggf. Dioptrienwerte Dioptrienwert links Dioptrienwert rechts)	☐ ja ☐ nein																																	
e) des Rückens, der Wirbelsäule, der Bandscheiben, des Bewegungsapparates, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen?	☐ ja ☐ nein																																	
f) aufgrund des Konsums von Alkohol, Nikotin, Drogen oder Medikamenten?	☐ ja ☐ nein																																	
Ergänzende Informationen, wenn eine oder mehrere Fragen mit „ja“ beantwortet wurden: <table><tr><td>Zu Frage</td><td>Was lag oder liegt vor? Diagnose? Verlauf?</td><td>Welche Behandlung erfolgte bzw. erfolgt? Bestehen Folgen?</td><td>Zeitraum von – bis</td><td>Name/Anschrift behandelnder Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Heil-/Kurstätten</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></table>					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	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
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																														
_____	_____	_____	_____	_____																														
_____	_____	_____	_____	_____																														
_____	_____	_____	_____	_____																														
_____	_____	_____	_____	_____																														
_____	_____	_____	_____	_____																														



3. Haben Sie in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen am Stück Medikamente eingenommen? ☐ ja ☐ nein
Unter Medikamenten verstehen wir alle Arzneimittel wie z.B. Tabletten, Spritzen oder Infusionen, die Sie ärztlich
verordnet bekommen oder selbst angewandt haben. Bitte geben Sie keine Verhütungsmittel an.

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

Welches Medikament haben Sie einge- nommen? Was lag vor? Diagnose? Verlauf?	Welche Behandlung erfolgte bzw. erfolgt? Bestehen Folgen?	Zeitraum von – bis	Name/Anschrift behandelnder Ärzte, Thera- peuten, Krankenhäuser, Heil-/Kurstätten

**Stationäre
Behandlungen
in den letzten
10 Jahren**

4. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär aufgenommen oder wurden – auch ambulante – Operationen, Kuren/Reha-Maßnahmen, Entzugsbehandlungen, Strahlen-/Chemotherapien durchgeführt? ☐ 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, Thera- peuten, Krankenhäuser, Heil-/Kurstätten

**Gefahren in
der Freizeit**

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

Wenn „Ja“: Welchen?

	☐ ja ☐ nein
Einschluss dieses Risikos erwünscht?	☐ ja ☐ nein

**Auslands-
aufenthalt**

6. Sind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte außerhalb der Europäischen Union von mehr als 3 Monaten Dauer oder Aufent-
halte in Krisengebieten vorgesehen? ☐ ja ☐ nein

Wenn „Ja“: Wohin?

	☐ beruflich ☐ privat	Zeitraum:
----------------------	--	--------------------------------

Liegen noch weitere Anlagen bei? ☐ ja, Seiten

Wurde eine ärztliche Untersuchung veranlasst? ☐ ja

**Erklärung zu den
Gesundheits-
fragen**

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

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 Schweigepflichtsentbindungserklärung.

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 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



Wichtige Hinweise

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 Gefahrsicherung 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 Annahmendeckung 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 Werteentwicklung 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.

