

Zusätzliche Erklärung zum Versicherungsantrag vom _____

Versicherungsnehmer	Geburtsdatum
Versicherte Person	Geburtsdatum

Wichtiger Hinweis über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG und bezüglich der Regelungen zum Gendiagnostik-Gesetz (GenDG):

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Ihnen von uns in Textform gestellten Fragen beantworten. Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch und beantworten Sie diese wahrheitsgemäß und vollständig, auch wenn Sie bestimmten Umständen nur geringe oder keine Bedeutung beimessen. Diese Angaben werden Bestandteil des von Ihnen angestrebten Versicherungsvertrages.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen.

Ergebnisse oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen sind nicht anzugeben, es sei denn, es wird eine Versicherungssumme von mehr als 300.000 Euro bzw. eine Jahresrente von mehr als 30.000 Euro vereinbart.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die Wahrheitsgemäßheit und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an Sie gestellten Fragen verantwortlich.

Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht entnehmen Sie bitte den nachstehenden Informationen:

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, 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.

Die Rückzahlung der Beiträge für die bis zum Wirksamwerden des Rücktritts abgelaufene Vertragszeit können Sie nicht verlangen. Bei einem Rücktritt haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände,

wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

3. Vertragsanpassung

Unser Rücktritts- (außer im Falle einer vorsätzlichen Anzeigepflichtverletzung) oder unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Diese anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen hin rückwirkend, bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht 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 ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Auf dieses Recht müssen wir Sie in unserer Mitteilung gesondert hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. 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 innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung 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.

5. Vertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsanpassung, der Anfechtung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Vertreters 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 Vertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

6. Arglist

Unser Recht, im Falle einer arglistigen Anzeigepflichtverletzung den Versicherungsvertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Falle einer wirksamen Arglistanfechtung sind wir nicht zur Leistung aus dem angefochtenen Versicherungsvertrag verpflichtet.

Daher kontrollieren Sie bitte sorgfältig, ob alle Fragen vollständig und korrekt beantwortet sind, bevor Sie den Antrag unterschreiben. Dies gilt auch, wenn Ihnen eine andere Person beim Ausfüllen des Antrags geholfen hat.

Für Sterbegeldversicherungen* nach Tarif A1 bis max. 10.000,- € Todesfallleistung und Fondsgebundene Lebensversicherungen nach Tarif PVL bis max. 40 Jahre Versicherungsdauer ist die Beantwortung der Fragen 1.1 bis 1.3 ausreichend. *(alle Abschlüsse bei der VPV innerhalb der letzten 6 Monate)

Fragen zur versicherten Person bezüglich der derzeitigen gesundheitlichen Gegebenheiten

1.1 Bitte geben Sie hier Ihre derzeitigen Körpermaße an:

cm	kg
_____	_____

1.2 Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen? nein ja

Hierzu gehören u.a. Fehlbildungen, Einschränkungen nach operativen Eingriffen oder Unfällen, Amputationen, Verlust eines Auges.

Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (MdE/GdB) oder einer Pflegestufe?

nein ja

Welche?

MdE GdB
 _____% _____ seit _____ seit
 Gründe für MdE, GdB

Wurde eine Pflegestufe anerkannt oder beantragt?

nein ja

Pflegestufe (I, II, III)
 _____ beantragt anerkannt seit _____

Besteht bei Ihnen ein positiver Test auf HIV-Infektion, bzw. besteht oder bestand innerhalb der letzten 5 Jahre ein positiver Test auf Hepatitis B oder Hepatitis C?

nein ja

positives Testergebnis
 HIV Hepatitis B Hepatitis C

oder warten Sie noch auf das Testergebnis?

nein ja

erwarte noch Testergebnis für
 HIV Hepatitis B Hepatitis C

1.3 Bitte geben Sie hier Ihren Hausarzt an

kein Hausarzt vorhanden; dann bitte Angabe des am besten informierten nichtärztlichen Therapeuten oder des Krankenversicherers

Name und Anschrift

Name, Ort

Bitte beachten Sie, dass wir nicht notwendigerweise den von Ihnen angegebenen Behandler kontaktieren. Selbst wenn wir dies tun, bleiben Sie verpflichtet, uns alle Ihnen hier gestellten Fragen zu beantworten, damit wir die Ihnen bekannten Gefahrumstände bei der Entscheidung zur Risikübernahme berücksichtigen können.

Bitte nennen Sie uns nachfolgend die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und/oder beschreiben Sie Ihr jeweiliges Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen.

Der Rückfragezeitraum beträgt **5 Jahre in Frage 2.1 – 2.2 und 10 Jahre in Frage 3.1 – 3.2**. Uns ist bewusst, dass es für Sie schwierig werden kann, über solche Zeiträume Aussagen zu treffen. Bitte nutzen Sie deshalb alle Ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, sich vor und bei der Beantwortung der Fragen über die jeweilige Gesundheitslage sachgerecht zu informieren.

Fragen zur versicherten Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten der letzten 5 Jahre

Die hier genannten Beispiele umfassen nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbeispiele aus dem Fragen-/Antwortbereich 2.*

2.1 Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Erkrankungen, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen

des Herzens oder der Kreislauforgane?

Hierzu gehören u.a. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelschaden, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, ärztlich behandelter Schwindel, Thrombose, Venenleiden, Durchblutungsstörungen.*

nein ja

der Atmungsorgane?

Hierzu gehören u.a. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe, Heuschnupfen, Hausstauballergie.*

nein ja

der Speiseröhre, des Magens, des Darms, der Leber, der Galle, der Bauchspeicheldrüse?

Hierzu gehören u.a. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre oder -entzündungen, Fettleber oder Leberentzündung/Hepatitis, Veränderung der Leberwerte.*

nein ja

der Nieren und Harnwege, Geschlechtsorgane?

Hierzu gehören u.a. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin.*

nein ja

der Haut?

Hierzu gehören u.a. Ekzeme, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte oder Hautveränderungen.*

nein ja

der Finger, Hände, Arme, Beine, Füße, des Rückens und der Wirbelsäule, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder?

Hierzu gehören u.a. Bewegungseinschränkungen, Rückgratverkrümmung, ärztlich behandelter Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, ärztlich festgestellter (Gelenk-)Verschleiß, Rheuma, Fibromyalgie.*

nein ja

des Gehirns oder des Nervensystems?

Hierzu gehören u.a. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, Parkinson, Migräne, ärztlich behandelte Kopfschmerzen.*

nein ja

der Augen?

Hierzu gehören u.a. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Blindheit ein- oder beidseitig, Augenhintergrundveränderungen, erhöhter Augendruck (grüner Star), Netzhauterkrankungen, Hornhautveränderungen, Linsenrübungen (grauer Star).*

nein ja

der Ohren?

Hierzu gehören u.a. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Gleichgewichtsstörungen, Tinnitus (Ohrgeräusche), Lärmschaden.*

nein ja

des Stoffwechsels?

Hierzu gehören u.a. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung.*

nein ja

des Blutes?

Hierzu gehören u.a. Blutarmut/Anämie, Blutkrebs, Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit.*

nein ja

2.2 Werden Ihnen derzeit regelmäßig wegen der unter 2.1 genannten Erkrankungen oder Beschwerden Medikamente verordnet?

nein ja

Bitte hier die Gesundheitsangaben eintragen mit Angaben zu Art, Beginn, Dauer und Ende der Behandlung, zu evtl. Arbeitsunfähigkeitszeiten, zu Untersuchungsergebnissen sowie mit detaillierten Angaben zu Medikamenten (Name?, Dosis?), eventuell weiter bestehenden Beschwerden und/oder Folgen und dem Namen und der Adresse des jeweiligen Behandlers (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Psychotherapeut).*

Welche?

Fragen zur versicherten Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten der letzten 10 Jahre

Die hier genannten Beispiele umfassen nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbeispiele aus dem Fragen-/Antwortbereich 3.*

3.1 Wurden Sie in den letzten 10 Jahren beraten, untersucht oder behandelt oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate vorgesehen im Zusammenhang mit:

- operativen Eingriffen (auch z. B. mittels Laser)?

nein ja

- den Folgen von Alkohol- oder Drogenkonsum?

nein ja

- einem Suizidversuch?

nein ja

- Erkrankungen oder Störungen der Psyche?

Hierzu gehören u.a. depressive Stimmungen, Angstzustände, Essstörung.*

nein ja

Bitte hier die Gesundheitsangaben eintragen mit Angaben zu Art, Beginn, Dauer und Ende der Behandlung, zu evtl. Arbeitsunfähigkeitszeiten, zu Untersuchungsergebnissen sowie mit detaillierten Angaben zu Medikamenten (Name?, Dosis?), eventuell weiter bestehenden Beschwerden und/oder Folgen und dem Namen und der Adresse des jeweiligen Behandlers (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Psychotherapeut).*

3.2 Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik oder einem Sanatorium stationär aufgehalten oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate vorgesehen ? nein ja

Fragen zur versicherten Person bezüglich besonderer Gefährdungen und Gegebenheiten

Die hier genannten Beispiele umfassen nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbegriffe aus dem Fragen-/Antwortbereich 4.*

4.1 Haben Sie derzeit beruflich

Umgang mit explosiven Stoffen/Gasen? nein ja Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben:

Umgang mit radioaktiven Stoffen? nein ja Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben:

Umgang mit gesundheitsgefährdenden Stoffen wie biologischen Arbeitsstoffen oder hautbelastenden Substanzen? nein ja Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben:

4.2 Üben Sie eine oder mehrere Sportart(en) aus? nein ja Welche?

Hierzu gehören u.a. Tauchen, Reiten, Bergsport, Fallschirmspringen, Flugsport oder Wettfahrten aller Art.*

Nehmen Sie an sportlichen Wettkämpfen/Wettbewerben teil? nein ja Welche?

4.3 Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU, Islands, Norwegens, der Schweiz, der USA oder Kanadas von insgesamt mehr als 12 Wochen? nein ja Wann? Wohin? Zeitraum? Anlass?

Bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. bei der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung müssen neben den Fragen 1.1 bis 4.3 zusätzlich die Fragen 5.1 bis 5.10 beantwortet werden

Fragen zur versicherten Person bezüglich der beruflichen Gegebenheiten

5.1 In welcher Branche sind Sie derzeit tätig? seit

5.2 Wie lautet Ihre jetzige Berufsbezeichnung?

5.3 Welche Tätigkeiten üben Sie im Detail aus?

5.4 Die Tätigkeit wird ausgeübt als:

- Angestellte/r Angestellte/r im öff. Dienst Arbeiter/in
- Beamtin/Beamter seit: _____
- Freiberufl./selbstständig seit: _____
- Schüler/in, Student/in, Hausfrau/-mann

5.5 In welchem zeitlichen Umfang üben Sie Ihre Tätigkeit aus? Vollzeit Teilzeit _____ Std./Woche

- befristet bis: _____
- Maßnahme der Arbeitsagentur befristet bis: _____
- Freiberufl./selbst. seit: _____
- mit _____ Vollzeitmitarbeitern _____ Teilzeitmitarbeitern

5.6 Anteil Büro-/ Reise-/ körperl. Tätigkeit? _____ % Büro- _____ % Reise- _____ % körperl. Tätigkeit

5.7 Gelten für Ihre Tätigkeit(en) besondere Regelungen zum Gesundheits- oder Unfallschutz und/oder zur Arbeitssicherheit, wegen der bei Ihnen regelmäßig Vorsorge- und/oder Tauglichkeitsuntersuchungen durchgeführt werden? nein ja Welche?

5.8 Haben Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt oder ist ein Wechsel für die nächsten 12 Monate vorgesehen? nein ja Weshalb?

5.9 Einkommensangaben: Mein monatliches Bruttoeinkommen beträgt derzeit (bzw. Nettoeinkommen bei Selbstständigen/Freiberuflern = verfügbares Einkommen nach Steuern)

Bitte geben Sie hier Ihr Einkommen aus selbstständiger bzw. nicht selbstständiger Tätigkeit an
€ _____ monatlich

5.10 Haben Sie Ansprüche auf Leistungen bei Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit aus bereits bestehenden Absicherungen und/oder Versicherungsverträgen? nein ja

- Berufsunfähigkeit € _____ p. a.
- Erwerbsunfähigkeit € _____ p. a.
- Dienstunfähigkeit € _____ p. a.
- Kammerversorgung € _____ p. a.

Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten)

Zu folgenden Fragen habe ich keine Antwort gegeben und reiche daher die Angaben, die ich hier nicht machen möchte, unverzüglich und schriftlich nach.

Zusätzliche Angaben liegen anbei Es folgen noch Angaben Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Anzahl Extrablätter: _____

Schweigepflichtentbindung

Die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Schweigepflichtentbindungserklärung erfolgen gesondert.

Ich bestätige hiermit, die Rechtsfolgenbelehrung bezüglich meiner gesetzlichen Verpflichtung zur Anzeige aller mir bekannten und für die Übernahme der Gefahrerheblichen Umstände gelesen und verstanden zu haben. Alle mir dazu gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.

Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers X	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters des Versicherungsnehmers X
Unterschrift des Vermittlers X	Unterschrift zu vers. Person, falls nicht Versicherungsnehmer X	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der zu versichernden Person X