

---

## **Hinweise über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung (Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz)**

---

### **Welche Pflichten haben Sie vor Vertragsabschluss (vorvertragliche Anzeigepflichten)?**

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Wir sind auf Ihre Angaben angewiesen, um das zu versichernde Risiko richtig einschätzen zu können und den Beitrag in einer angemessenen Höhe zu ermitteln.

Aus diesem Grund sind Sie 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. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

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

#### **1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes**

Verletzen Sie eine 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 (z. B. Risikozuschlag, Leistungsausschluss für eine bestimmte Erkrankung), 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.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

#### **2. Kündigung**

Ist der Rücktritt vom Versicherungsvertrag nicht möglich, weil Sie eine vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Im Falle einer Kündigung wandelt sich die Lebensversicherung in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

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 Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend ab Versicherungsbeginn 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**

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung 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 angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

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

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

#### **5. Anfechtung**

Wenn Sie uns arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten.

#### **6. Stellvertretung durch eine andere Person**

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

**Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Person für den Tarif 87 mit Todesfallschutz und für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung** Ausgabe 04/2024

**Wichtige Hinweise**

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen. Sie sind verpflichtet, die Fragen zu den gefahrerheblichen Umständen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Diese Pflicht besteht auch für die zu versichernde Person.

Die Angaben können Sie gegenüber dem Versicherungsvermittler machen, der sie uns dann übermitteln wird. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns schriftlich nachzuholen.

**Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in den beigefügten „Hinweise über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“.**

**Wir machen den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig.** Unter einem „prädiktiven Gentest“ ist die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf bestimmte Krankheitsveranlagungen zu verstehen. Liegen bereits Befunde aus prädiktiven Gentests vor, müssen sie erst ab einer Versicherungssumme von mehr als 300.000 Euro (Summe aus allen bestehenden und beantragten Versicherungen aller Art (außer reine Rentenversicherungen) bei der Münchener Verein Lebensversicherung AG und anderen Lebensversicherern) offen gelegt werden.

<b>Antrags-/Versicherungs-Nr.</b>	<b>Versicherungsnehmer/in</b>
<b>Name, Vorname, Staatsangehörigkeit der zu versichernden Person (im Folgenden VP genannt)</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Derzeitige Tätigkeit (bei Studenten: Studienrichtung) der VP</b>	<b>Beruf der VP</b>

**Zur leichteren Beantwortung der einzelnen Fragen haben wir Ihnen häufig Beispiele in Klammern für Krankheiten etc. genannt. Es handelt sich hierbei um keine abschließenden Aufzählungen. Die Reihenfolge der Beispiele stellt keine Wertung dar.**

1.	Besteht oder beantragten Sie in den letzten 5 Jahren eine Lebensversicherung? <b>Wenn ja</b> , wo? Beginn? Summenhöhe in Euro?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.	Planen Sie sich in den nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in einem außereuropäischen Land aufzuhalten? Wenn ja, wo, wann und wie lange?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.	Üben Sie beruflich oder in Ihrer Freizeit Aktivitäten mit einer erhöhten Unfallgefahr oder einem erhöhten Verletzungsrisiko aus (z. B. Motorradfahren (größer 50 ccm), Rennsport, Flugsport, Fallschirmspringen, Gleitschirm-, Drachenfiegen, Klettern, Tauchen, Kampfsport, Extremsport)? Wenn ja, nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.	Körpergröße und Gewicht:      cm      kg	
5.	Welcher Arzt, Heilpraktiker oder sonstige nichtärztliche Therapeut ist über Ihre Gesundheit am besten informiert? (Bitte Name und Anschrift angeben!)	
6.	Wurden <b>Sie in den letzten 10 Jahren</b> in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder Kureinrichtungen stationär untersucht, behandelt oder ambulant operiert oder ist dies derzeit durch einen Arzt oder sonstigen nicht ärztlichen Therapeuten empfohlen oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.	Sind Sie oder waren Sie in den letzten <b>5 Jahren</b> bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, Behandlung oder Untersuchung wegen <b>Krankheiten oder Beschwerden</b>	
a)	des <b>Herzens, Kreislaufs oder der Gefäße</b> (z. B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörung, Herzfehler, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Venenentzündung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b)	der <b>Atmungsorgane</b> (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Lungenentzündung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c)	an <b>Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber</b> (z. B. ärztlich festgestellte erhöhte Leberwerte, chronische Darmentzündung, Magen- oder Darmblutung, Magengeschwür)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d)	an <b>Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust</b> (z. B. Blut- oder Eiweißausscheidung, Nierenentzündung, Steinleiden)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e)	des <b>Stoffwechsels</b> (z. B. Eiweiß, Zucker oder Blut im Urin, erhöhtes Cholesterin (größer 200 mg/dl bzw. 5,2 mmol/l), Funktionsstörung der Schilddrüse, Gicht, Zuckerkrankheit)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
f)	<b>des Blutes oder Tumorerkrankungen</b> (z. B. Anämie, Krebs, Leukämie)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
g)	durch akute oder chronische <b>Infektionen</b> (z. B. chronische Hepatitis, Malaria, rheumatische Beschwerden, Tuberkulose)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
h)	der <b>Psyche</b> (z. B. Angststörung, Burnout-Syndrom, Depression, Essstörung, Neurose, psychosomatische Störung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Selbstmordversuch, Überlastungszustand)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i)	des <b>Gehirns, Nervensystems oder neurologischer Art</b> (z. B. Epilepsie, Krämpfe, mehrmals wöchentlich Kopfschmerzen, Multiple Sklerose)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.	Haben Sie derzeit oder hatten Sie in den letzten <b>3 Monaten Beschwerden</b> in einem der unter 7.a) bis i) genannten Bereiche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9.	Nehmen Sie in den letzten 2 Jahren ODER nehmen Sie regelmäßig oder zusammenhängend über mehr als 4 Wochen Medikamente ein? Falls ja: welche? Bitte geben sie auch nicht verordnete Medikamente an.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.	Nehmen Sie oder nahmen Sie in den letzten <b>5 Jahren</b> Beruhigungsmittel, Drogen oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen Alkoholkonsums beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11.	Wurde bei Ihnen <b>jemals</b> eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Zusätzliche Fragen zur Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung</b>		
12.	Besteht oder beantragten Sie in den letzten 5 Jahren eine Berufsunfähigkeits-/Dienstunfähigkeits-/Grundfähigkeits-Versicherung? <b>Wenn ja</b> , wo? Höhe der Jahresrente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Name, Vorname, Staatsangehörigkeit der zu versichernden Person

Geburtsdatum

13.	Sind Sie oder waren Sie in den letzten <b>5 Jahren</b> bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio- oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, Behandlung oder Untersuchung wegen <b>Krankheiten oder Beschwerden</b>	
a)	der <b>Wirbelsäule</b> (z. B. Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Gleitwirbel)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b)	der <b>Knochen, Gelenke</b> (z. B. Arthrose, Bänderverletzung, Entzündung, Hüftfehlstellung, Meniskusverletzung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c)	der <b>Haut</b> (z. B. Neurodermitis, (Kontakt-)Ekzem, Schuppenflechte)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d)	mit <b>Allergien</b> (z. B. Heuschnupfen, Mehlstaub, Tierhaare)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e)	der <b>Ohren</b> (z. B. Hörsturz, Tinnitus, vermindertes Hörvermögen)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
f)	der <b>Augen</b> : Kurz-/Weitsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien? Falls ja: Dioptrien rechts <input type="text"/> Dioptrien links <input type="text"/> oder andere (z. B. Sehstörung, grauer/grüner Star, Horn- und Netzhauterkrankung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14.	Haben Sie derzeit oder hatten Sie in den letzten <b>3 Monaten Beschwerden</b> in einem der unter 13 a) bis f) genannten Bereiche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15.	Besteht ein körperliches Gebrechen, ein Organfehler, eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine <b>Schwerbehinderung (GdB)</b> ? Aufgrund welcher Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16.	Beziehen Sie oder bezogen Sie <b>in den letzten 10 Jahren</b> eine Rente aus gesundheitlichen Gründen (z. B. wegen eines Unfalls) oder ist eine solche beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17.	Gesamt-Brutto-Arbeitseinkommen der zu versichernden Person in den letzten 12 Monaten?	<input type="text"/> Euro
18.	Falls die zu versichernde Person im handwerklichen oder landwirtschaftlichen Bereich tätig ist, bitte zusätzlich nachstehende Fragen beantworten:	
a)	Wie viele Vollzeit-Mitarbeiter im handwerklichen bzw. landwirtschaftlichen Bereich beschäftigt die zu versichernde Person bzw. sind der zu versichernden Person unterstellt?	<input type="text"/>
b)	Zu wie viel Prozent ist die zu versichernde Person im Beruf durchschnittlich körperlich tätig neben der Auftragsbeschaffung/Kundenbetreuung/Organisation/Aufsichtsführung/Verwaltung und sonstigen nichtkörperlichen Tätigkeiten?	<input type="text"/> %
19.	<b>Wenn Sie eine oder mehrere Fragen der Ziffern 5 bis 11 sowie 13 bis 16 bejaht haben, benötigen wir folgende Angaben:</b> <b>Folgen neben den Angaben in diesem Formular noch weitere Gesundheitsangaben?</b> (Bitte immer ankreuzen, ggf. gesondertes Blatt beifügen)	
		<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja, liegen bei ( <input type="text"/> Seiten)
		<input type="checkbox"/> ja, werden nachgereicht

Zur Frage Nr.	Weswegen? Bitte geben Sie an: Art, Verlauf, Folgen z. B. der Krankheit, Verletzung, Ergebnis der Untersuchung? Erhöhte Laborwerte?	Wann? Wie oft? Wie lange? (Dauer)?	Namen der behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Kuranstalten mit Anschriften:	Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei? Wenn ja seit wann?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Unterschriften

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort/Datum	Versicherungsnehmer(in) ggf. auch Firmenstempel	zu versichernde Person	gesetzliche(r) Vertreter(in)

Münchener Verein Lebensversicherung AG, Sitz München, HRB 211154, AG München

Aufsichtsratsvorsitzender: Franz Xaver Peteranderl

Mitglieder des Vorstands: Dr. Rainer Reitzler (Vors.), Sebastian Hartmann, Karsten Kronberg, Dr. Stefan Lohmöller

Direktion: Pettenkoflerstr. 19, 80336 München, Tel. 089/51 52-10 00, Fax 089/51 52-15 01, [info@muenchener-verein.de](mailto:info@muenchener-verein.de), [www.muenchener-verein.de](http://www.muenchener-verein.de)