
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 21

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 „prädikativen Gentest“ ist die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf bestimmte Krankheitsveranlagungen zu verstehen. Liegen bereits Befunde aus prädikativen 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.

Antrags-/Versicherungs-Nr.

Versicherungsnehmer/in

Name, Vorname, Staatsangehörigkeit der zu versichernden Person (im Folgenden VP genannt)

Geburtsdatum

Derzeitige Tätigkeit (bei Studenten: Studienrichtung) der VP

Beruf der VP

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? Wenn ja, 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-, Drachenfliegen, Klettern, Tauchen, Kampfsport, Extremsport)? Wenn ja, nähere Angaben: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4. | Körpergröße und Gewicht: <input type="text"/> cm <input type="text"/> kg | |
| 5. | Welcher Arzt, Heilpraktiker oder sonstige nichtärztliche Therapeut ist über Ihre Gesundheit am besten informiert? (Bitte Name und Anschrift angeben!) | |
| 6. | Haben Sie in den letzten 12 Monaten Nikotin konsumiert? (z.B. Zigaretten, Zigarre, Pfeife, E-Zigarette, E- Pfeife, Nikotinplaster/ -kaugummi) Hierzu zählt auch das einmalige Konsumieren in den letzten 12 Monaten. Wenn ja, wie viel täglich? <input type="text"/> Bei Gelegenheitsrauchern in den letzten 12 Monaten: Wie oft? <input type="text"/> Wie viel? <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7. | Wurden Sie in den letzten 10 Jahren 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 |
| 8. | Sind Sie oder waren Sie in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, Behandlung oder Untersuchung wegen Krankheiten oder Beschwerden | |
| a) | des Herzens, Kreislaufs oder der Gefäße (z. B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörung, Herzfehler, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Venenentzündung)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| b) | der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Lungenentzündung)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| c) | an Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (z. B. ärztlich festgestellte erhöhte Leberwerte, chronische Darmentzündung, Magen- oder Darmblutung, Magengeschwür)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| d) | an Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z. B. Blut- oder Eiweißausscheidung, Nierenentzündung, Steinleiden)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| e) | des Stoffwechsels (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) | des Blutes oder Tumorerkrankungen (z. B. Anämie, Krebs, Leukämie)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| g) | durch akute oder chronische Infektionen (z. B. chronische Hepatitis, Malaria, rheumatische Beschwerden, Tuberkulose)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| h) | der Psyche (z. B. Angststörung, Burnout-Syndrom, Depression, Essstörung, Neurose, psychosomatische Störung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Selbstmordversuch, Überlastungszustand)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| i) | des Gehirns, Nervensystems oder neurologischer Art (z. B. Epilepsie, Krämpfe, mehrmals wöchentlich Kopfschmerzen, Multiple Sklerose)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 9. | Haben Sie derzeit oder hatten Sie in den letzten 3 Monaten Beschwerden in einem der unter 8.a) bis i) genannten Bereiche? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. | Nahmen 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 |
| 11. | Nehmen Sie oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Beruhigungsmittel, Drogen oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen Alkoholkonsums beraten oder behandelt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 12. | Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Antrags-/Versicherungs-Nr.

Versicherungsnehmer/in

Name, Vorname, Staatsangehörigkeit der zu versichernden Person

Geburtsdatum

13. Falls die zu versichernde Person im handwerklichen Bereich tätig ist, bitte zusätzlich nachstehende Frage beantworten: Haben Sie einen Meistertitel erworben? ja nein

14. Wenn Sie eine oder mehrere Fragen der Ziffern 7 bis 12 bejaht haben, benötigen wir folgende Angaben: Folgen neben den Angaben in diesem Formular noch weitere Gesundheitsangaben? nein ja, liegen bei (____ Seiten) ja, werden nachgereicht

Table with 5 columns: Zur Frage Nr., Weswegen?, Wann?, Namen der behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Kuranstalten mit Anschriften, Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei? Wenn ja seit wann?

Hinweis

Die Aufnahme des Rauchens durch die versicherte Person muss unverzüglich angezeigt werden. Eine unrichtige Erklärung oder fehlende Anzeige kann den Verlust bzw. die Minderung des Versicherungsschutzes zur Folge haben. Nähere Erläuterungen s. § 7 der Tarifbedingungen für die Risiko-Lebensversicherung nach den Tarifen 21.

Unterschriften

Signature lines for Ort/Datum, Versicherungsnehmer(in), zu versichernde Person, gesetzliche(r) Vertreter(in)