

# Ärztliches Zeugnis

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

**Versicherte Person**

w  m Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr Länderkennz.

Beruf \_\_\_\_\_  
Bei Studenten gilt hier das angestrebte Berufsziel und bei Auszubildenden der Ausbildungsberuf.

Vorname \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Ausgewiesen durch:**

gültiger Personalausweis  gültiger Reisepass

Ausweis gültig bis \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Ausweis-Nr. \_\_\_\_\_

Ausstellende Behörde \_\_\_\_\_

**Unter-suchungs-auftrag** Bitte führen Sie diese Untersuchung nicht durch, sofern Sie mit dem/der zu Untersuchenden verwandt oder verschwägert sind.

Zur Risikobeurteilung ist eine Untersuchung mit HIV-Antikörper-Test gem. diesem Formular erforderlich. Für die Untersuchung vergüten wir ein Honorar in Höhe von **75 EUR** (einschl. Umsatzsteuer).

Weiterhin bitten wir, folgende Zusatzuntersuchungen gegen **gesonderte Kostenrechnung gemäß GOÄ** durchzuführen (EKG und Labor):

- |  |   |   |                                 |  |
|--|---|---|---------------------------------|--|
| 12-Kanal-Ergometrie einschließlich Ruhe-EKG unter mindestens submaximaler Belastung; bitte fügen Sie die EKG-Streifen mit allen Ableitungen und Befundung bei. | Erythrozyten,<br>Hämoglobin,<br>Leukozyten, | Thrombozyten,<br>Cholesterin,<br>HDL+LDL, | Triglyceride,<br>HbA1c,<br>CRP, | GPT und GGT,<br>GOT,<br>Kreatinin und<br>Harnsäure |
|--|---|---|---------------------------------|--|

**Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht**

**Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:**  
 Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Gründe anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen.  
 Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 19 ff. VVG sowie unter „Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht / Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ auf der Rückseite Ihres Antrags.

**I. Erklärung vor dem Arzt** Jede Frage ist von der Ärztin/dem Arzt einzeln zu stellen und mit ja oder nein zu beantworten. Zutreffendes bitte ankreuzen. Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen weitere Rückfragen und führen zu einer schnelleren Annahmemeitscheidung.



<p>1. Sind Sie bei Beruf, Sport oder Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit Gefahrenstoffen, Chemikalien, üben Sie Luftsport, Motorsport, Tauchsport, Bergsport, Kampfsport, Wassersport oder Reitsport aus), oder beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen Auslandsaufenthalt außerhalb Europas, der länger als 3 Monate dauern wird?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welche? Bitte machen Sie nähere Angaben:</p>		
<p>2. Sind nach Ihrer Kenntnis bei Ihren leiblichen Verwandten (Großeltern, Eltern, Geschwister) vor Erreichen deren 60. Lebensjahres die folgenden Erkrankungen aufgetreten: Diabetes mellitus Typ II, koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, Schlaganfall, TIA, Krebserkrankungen, familiäre Polyposis, polyzystische Nierenerkrankung, Hämophilie, Thalassämie, Thrombophilie, Zystische Fibrose, Alzheimer, Parkinson, Multiple Sklerose, Chorea Huntington, ALS, Muskeldystrophie?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welche? (bitte nennen Sie nur Art und Anzahl der Erkrankungen)</p>		
<p>3. <b>Bestanden in den letzten 10 Jahren oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden (bitte unterstreichen Sie das Zutreffende bei den Einzelangaben und erläutern Sie diese näher)</b></p> <p>a. <u>des Herzens, der Gefäße oder der Kreislauforgane</u>: z. B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Krampfader, Herzfehler, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Angina Pectoris?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Name/Anschrift der behandelnden Ärzte, Krankenhäuser?</p>		
<p>b. <u>der Atmungsorgane</u>: z. B. Tuberkulose, Rippenfellentzündungen, wiederholte und chronische Bronchitis, Asthma, Emphysem, Schlafapnoe, Entzündungen der Nebenhöhlen, Heuschnupfen/Allergie?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Name/Anschrift der behandelnden Ärzte, Krankenhäuser?</p>		





4. Haben Sie in den <u>letzten 10 Jahren Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen</u> erlitten?  Wenn ja, welche? Wann? Folgen? Name/Anschrift der behandelnden Ärzte, Krankenhäuser?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
5. Werden oder wurden in den <u>letzten 10 Jahren</u> regelmäßig (das heißt täglich oder über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen) apothekenpflichtige Medikamente, auch Herzmittel, blutzucker-, blutdruck- oder harnsäure-senkende Mittel, Schlaf- oder Aufputzmittel eingenommen?  Welche? Wann? Weshalb?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6. Nahmen Sie in den <u>letzten 10 Jahren</u> oder nehmen Sie Drogen, Betäubungsmittel oder wurden Sie deswegen beraten oder behandelt?  Falls ja, welche, wann, wie lange?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
7. Nahmen Sie in den <u>letzten 10 Jahren</u> oder nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich oder wurden Sie deswegen beraten oder behandelt?  Falls ja, in welchem Umfang, wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
8. Wurde in den <u>letzten 10 Jahren</u> ein Selbsttötungsversuch unternommen?  Falls ja, wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
9. Haben Sie in den <u>letzten 12 Monaten</u> Nikotin konsumiert: z. B. Zigarette, Zigarre, Pfeife, E-Zigarette, E-Pfeife? Hierzu zählt auch das einmalige Konsumieren in den letzten 12 Monaten.  Falls ja, was und wieviel täglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
10. Besteht ein Grad der Behinderung (GdB), eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS), eine Wehrdienstbeschädigung (WdB), eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder wurde eine solche beantragt?  Weshalb? Bitte legen Sie uns eine Kopie des Anerkennungsbescheides bei.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
11. Waren Sie in den <u>letzten 3 Jahren</u> länger als 14 Tage zusammenhängend arbeitsunfähig?  Wann? Weshalb? Dauer? Bitte Arzt angeben.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
12. Wurden Sie in den <u>letzten 10 Jahren</u> operiert oder stationär behandelt (dazu zählen auch Kur-/Reha-Aufenthalte, Entzugsbehandlungen, Strahlen- oder Chemotherapie)? Oder sind solche Maßnahmen ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?  Wenn ja, wann? Weshalb? Befund? Name/Anschrift der behandelnden Ärzte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
13. Wurden bei Ihnen in <u>letzten 10 Jahren</u> diagnostische Untersuchungen durchgeführt? Z. B. Röntgen, Szintigraphie, Magnetresonananz, MRT/Kernspin, Computertomographie CT, Ultraschall, EKG, Echokardiographie, Dopplersonographie.  Wenn ja, wann? Welche ? Ergebnis? Name / Anschrift der behandelnden Ärzte, Krankenhäuser? Bitte Befundbericht beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
14. Wurden in den <u>letzten 10 Jahren</u> Laboruntersuchungen durchgeführt?  Wann? Weshalb? Ergebnis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
15. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
16. Sind Sie von anderen Ärzten, Heilpraktikern, Psychologen, Psychotherapeuten oder Personen anderer Gesundheitsberufe, außer den hier genannten, innerhalb der <u>letzten 5 Jahre</u> , untersucht, beraten oder behandelt worden?  Wenn ja, wann? Weshalb? Befund? Name/Anschrift der behandelnden Ärzte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? Name/Anschrift?		
Wann und weshalb haben Sie den Arzt in Anspruch genommen?		
Bitte nur beantworten, wenn eine Todesfallleistung von mehr als 300.000 Euro oder eine jährliche BU-/EU-Rente von mehr als 30.000 Euro vereinbart wird: Wurde in der Vergangenheit ein Gentest durchgeführt?  Falls ja, bitte machen Sie keine näheren Angaben. Wir setzen uns diesbezüglich mit Ihnen in Verbindung.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**Erklärungen** Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.  
Wir bitten Sie, sich von dem untersuchenden Arzt über die besondere Bedeutung des HIV-Testes aufklären zu lassen und gleichzeitig mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift Ihr Einverständnis zur Durchführung des Tests sowie zur Weitergabe des Testergebnisses ausschließlich an unsere medizinische Fachabteilung zu erklären.

Ort/Datum \_\_\_\_\_  
 Unterschrift der zu versichernden Person   
 bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter (i.d.R. beide Elternteile)  
 Unterschrift des Arztes 




## Teil II: Untersuchungsbefund

Haben Sie die zu versichernde Person bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt?

ja  nein



Falls ja, wann und weshalb, bitte senden Sie uns ggf. vorliegende Befunde zur kurzen Einsichtnahme zu

### 1. Größe und Gewicht

Größe  cm  
Gewicht  kg  
Bauchumfang  cm

### 2. Herz-Kreislauf

a. Blutdruck und Puls in Ruhe

Blutdruck  mmHg Puls  min

nach Belastung: Blutdruck  mmHg Puls  min

Art und Dauer der Belastung:

b. Ist der Puls in Ruhe und nach Belastung gleich- und regelmäßig?

ja  nein

Bei Abweichung: Erläuterung, Beschreibung, Ursache

Bei Extrasystolen:

Wie viele in der Minute? In Ruhe oder bei Belastung?

c. Besteht perkutorisch ein Anhalt für eine Herzvergrößerung?

ja  nein

Ausmaß?

d. Sind die Herztöne rein und normal betont?

ja  nein

e. Bestehen Geräusche? Welche? Wo?

ja  nein

f. Sind die Geräusche organisch?

ja  nein

g. Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen?

ja  nein

Wenn ja, welche? (Atemnot, Zyanose, Ödeme)

h. Sind Krampfaden vorhanden?

ja  nein

Wenn ja, wo? Stärke, Ausdehnung, Geschwüre?

i. Können Sie noch zusätzliche Angaben über Herz-Kreislauf machen?

ja  nein

Wenn ja, welche Beschwerden/Befunde liegen vor?

### 3. Skelett- und Bewegungsapparat

a. Sind Veränderungen wie z. B. Skoliose, Trichterbrust, Fehlstellungen, Bewegungseinschränkungen, fehlende Gliedmaßen, Beinverkürzung, Muskelatrophien oder eine ausgeprägte Varus-/Valgusfehlstellung erkennbar?

ja  nein

b. Sind Schürzengriff, Nackengriff, Einbeinstand, Zehen- und Hackengang sowie eine Kniebeuge ohne Beschwerden möglich?

ja  nein

c. Wie groß ist der Finger-Boden-Abstand bei maximaler Vornüberbeugung?

 cm

### 4. Haut

Sind Hautveränderungen, wie z. B. Neurodermitis, Psoriasis, Ekzem oder suspekta Nävi erkennbar?

ja  nein

Wenn ja, welche Beschwerden/Befunde liegen vor?

### 5. Sinnesorgane

Sind Auffälligkeiten wie z. B. Schwerhörigkeit, Gesichtsfeldeinschränkungen, oder trotz Korrektur eingeschränktes Sehvermögen erkennbar?

ja  nein

Wenn ja, welche Beschwerden/Befunde liegen vor?

### 6. Nervensystem

Sind neurologische Störungen wie z. B. Ataxie, Koordinationsstörungen, Lähmungen, Merkstörungen oder Sprachauffälligkeiten erkennbar? Liegen Sensibilitätsstörungen vor?

ja  nein

Wenn ja, welche Beschwerden/Befunde liegen vor?



Zutreffendes  
bitte ankreuzen

Bei Abweichungen vom Normalbefund bitte nähere Erläute-  
rung, Beschreibung der Abweichung, falls erkennbar, Ursache

7. <b>Psyche</b> Sind psychische Auffälligkeiten erkennbar wie z. B. unangemessene Stimmungslage, Tics, sonstige Verhaltensauffälligkeiten oder gibt es Hinweise auf aktuelle Belastungssituationen oder Konflikte?  Wenn ja, welche Beschwerden/Befunde liegen vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
8. <b>Atmungsorgane</b> a. Besteht Heiserkeit? Husten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
b. pathologischer Befund bei Perkussion und Auskultation?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
9. <b>Verdauungsorgane und Abdomen</b> a. Finden Sie einen auffälligen Befund bei der Untersuchung des Mund-/Rachenraums oder des Bauchs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
b. bestehen Resistenzen, Leber-/Milzvergrößerungen oder Hernien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
10. Bitte führen Sie eine aktuelle Harnuntersuchung durch.  Ist der Urin auffällig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
11. <b>Sonstige Auffälligkeiten:</b> Haben Sie bei der Untersuchung andere Auffälligkeiten festgestellt wie z. B. ausgedehnte Narben, asymmetrische Pupillen, suspekta Lymphknotenschwellungen? Welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
12. Halten Sie weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen für erforderlich?  Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
13. <b>HIV-Antikörper-Test</b> Ergebnis: _____ Durchgeführt am: _____ Tag    Monat    Jahr		

Bemerkungen

Haben Sie dem Patienten Befunde mitgeteilt?  Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
--	---	--

Die Untersuchung fand statt am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr  
Tag    Monat    Jahr

in meinen Praxisräumen     in der Wohnung der untersuchten Person

Wir bitten Sie höflich, sich nicht über die Versicherungsfähigkeit zu äußern, da für die Risikobeurteilung auch andere Gesichtspunkte als das Ergebnis der Untersuchung maßgebend sind.

Ort/Datum \_\_\_\_\_    Unterschrift des Arztes  \_\_\_\_\_

**Honorar/ Liquidation**

Untersuchungsbericht (einschl. Umsatzsteuer): 75 EUR

HIV-Test \_\_\_\_\_ EUR    Labor \_\_\_\_\_ EUR    EKG \_\_\_\_\_ EUR    Liquidation \_\_\_\_\_ EUR

Das Honorar bitte ich zu überweisen an:

IBAN \_\_\_\_\_  
Länder- | Prüfziffer | code

BIC \_\_\_\_\_    Kreditinstitut \_\_\_\_\_



# Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

## Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag bzw. Ihre unverbindliche Anfrage auf einen Vertragsvorschlag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, den Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der HDI Lebensversicherung AG, Charles-de-Gaulle-Platz 1, 50679 Köln in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) nachzuholen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

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.

Sofern Sie eine unverbindliche Anfrage auf einen Vertragsvorschlag an uns richten, benötigen wir Ihre vollständigen und wahrheitsgemäßen Angaben, um Ihnen ein Angebot zum Abschluss des von Ihnen gewünschten Versicherungsvertrages zu unterbreiten. In diesem Fall beachten Sie bitte, dass unser Vertragsvorschlag nur unter der Bedingung gilt, dass bis zu Ihrer Vertragserklärung, welche in der Annahmeerklärung zu sehen ist, keine Änderungen der im Vorfeld von Ihnen und – soweit nicht personenidentisch – der versicherten Person getätigten Angaben ergeben haben. Sollten sich bis zu Ihrer Annahmeerklärung Ihre Verhältnisse ändern mit der Folge, dass die von uns gestellten Fragen anders als wie geschehen zu beantworten sind, sind Sie und die versicherte Person verpflichtet, uns die Änderungen mitzuteilen.

Wir werden Sie und die versicherte Person bei Abgabe der Vertragserklärung ausdrücklich bitten, uns verbindlich zu bestätigen, dass die von uns in Bezug auf den Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet wurden und uns etwaige Änderungen mitzuteilen.

### Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

#### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bei 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.

Haben Sie einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages gestellt, so geben Sie mit der Unterzeichnung des Antragsformulars und dessen Weiterleitung an uns Ihre Vertragserklärung ab. Sofern Sie eine unverbindliche Anfrage für einen Vertragsvorschlag stellen, besteht Ihre Vertragserklärung in der Erklärung der Annahme unseres Vertragsvorschlages uns gegenüber.

#### 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.

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

##### 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 prämienfreie 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 Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung die Prämie 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

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 Vertragsabschluss. 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.

Auf die Ausübung unserer Rechte auf Kündigung oder Vertragsanpassung verzichten wir, wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht unverschuldet verletzt haben.

##### 5. 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 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.

---

# Wichtige Hinweise bezüglich der Informationen zu genetischen Untersuchungen im Rahmen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG)

Gem. § 18 I Nr. 1 GenDG sind wir weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages befugt, von der versicherten Person die Vornahme von genetischen Untersuchungen oder Analysen zu verlangen.

Ebenso wenig dürfen wir gem. § 18 I Nr. 2 GenDG die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwerten. Dies ist uns jedoch in den Fällen

gestattet, in denen die versicherte Leistung den Betrag von 300.000 EUR oder die versicherte Jahresrente eine Höhe von 30.000 EUR übersteigt.

Das GenDG hat jedoch keinen Einfluss auf die vorvertraglichen Anzeigepflichten gem. § 19 ff. VVG. Es besteht daher eine Auskunftspflicht über bestehende Erkrankungen oder Vorerkrankungen auch dann, wenn im Rahmen der Diagnosestellung ein Gentest eingesetzt wurde.