

Antrag auf Vertragsänderung

Personen-
daten Versicherungsnehmer: Name _____ Vorname _____
Polizzenummer _____

Ich wünsche folgende Vertragsänderungen zum _____
0 1
Tag Monat Jahr

Adress-
änderung Straße _____ Haus-Nr. _____ PLZ _____ Ort _____
Neue Adresse

Neue
Prämie monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich in der Höhe von* _____
EUR
 Hiermit bestätige ich als Versicherungsnehmer, dass ich von meinem Versicherungsberater (Vermittler) über die Vor- und Nachteile einer Prämienanpassung aufgeklärt wurde.
* Eine Erhöhung der laufenden Prämie ist nur im Rahmen der Tarifgenerationen ab 2017 möglich. Bei Vertragsabschluss nach dem 01.01.2021 beachten Sie bitte zusätzlich die Bedingungen zur außerplanmäßigen Erhöhung.

Neue
Dynamik Widerspruch der dynamischen Erhöhung per _____
Tag Monat Jahr
 Ausschluss der Dynamikvereinbarung per _____
Tag Monat Jahr

Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht
nur bei Wahl eines Tarifes mit erhöhter Altersrente im Pflegefall
Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:
Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Sie oder eine andere versicherte Person die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, denn dies kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz durch Rücktritt, Kündigung oder Anfechtung rückwirkend verlieren oder dass später Vertragsanpassungen – auch rückwirkend – notwendig werden.
Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in den §§16 ff. VersVG sowie in der gesonderten Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung auf den folgenden Seiten des Dokuments.

Angaben der VP
nur bei Wahl eines Tarifes mit erhöhter Altersrente im Pflegefall
Benötigen Sie Hilfe oder Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (Nahrungsaufnahme, Aufstehen und Zubettgehen, Körperpflege, An- und Auskleiden, Toilettengang, Fortbewegung im häuslichen Bereich), oder wurden bei Ihnen demenzbedingte Fähigkeitsstörungen von einem Arzt festgestellt? ja
Sofern Sie die Frage mit "ja" beantworten, ist ein Vertragsabschluss nicht möglich. Bitte wählen Sie in diesem Fall einen Tarif ohne erhöhte Altersrente bei Pflegebedürftigkeit aus. nein

WICHTIG: Bitte die Gesundheitserklärung **DS045** ausfüllen, wenn der Vertrag eine Todesfall-Leistung und/oder eine Berufsunfähigkeitszusatzversicherung beinhaltet.

Bezugsrechts-
änderung **Im Erlebensfall der versicherten Person:** Der Versicherungsnehmer
Name _____ Geburtsdatum _____
Tag Monat Jahr
Im Todesfall der versicherten Person:
Name _____ Geburtsdatum _____
Tag Monat Jahr
Name _____ Geburtsdatum _____
Tag Monat Jahr

Änderung der
Überschuss-
beteiligung* **TwoTrust Selekt**
 Beteiligung am Multiindex Konzept
 konventionelle Überschussbeteiligung

* zum nächstmöglichen Versicherungstichtag

Änderung der
Fondsanlage

Fondsgebundene Lebensversicherung

- Switch:** Nur die künftigen Beiträge sollen veranlagt werden in:
 Switch/Shift: Bestehendes Fondsvermögen und künftige Beiträge sollen veranlagt werden in (Bei Tarif Two Trust Vario ist tarifbedingt nur ein gleichzeitiger Switch/Shift möglich):
 Shift: Nur das bestehende Fondsvermögen sollen umgeschichtet werden in:

Wertsicherungsfonds: nur bei TwoTrust Vario (Extra) **Rendite Plus Portfolio** **Multi Asset Portfolio** **High Constant Portfolio**
nur bei Abschluss zwischen 2009 und 2011 **Lyxor EVO Fund World** **Lyxor EVO Fund**

Gemanagte Portfolios/Investmentfonds/ETFs	Aufteilung	ISIN
_____	_____ %	_____
_____	_____ %	_____
_____	_____ %	_____
_____	_____ %	_____

Seite 2 zu
Vertrags-
änderung

Polizzenummer _____

Verlust- und
Haftungs-
erklärung

Die Original-Versicherungsurkunde zu dieser Versicherung ist: (Bitte ankreuzen!)

- abhanden gekommen.** **nicht in meinem Besitz gelangt.**

Die Rechte und Ansprüche aus dem Vertrag sind – außer an den unterzeichnenden Gläubiger – weder abgetreten, vinkuliert, verpfändet, gepfändet noch beliehen worden. Mit meinem Wissen und Willen ist der Versicherungsschein nicht in Besitz anderer Personen gelangt. **Ich ersuche um Ausstellung einer Ersatzurkunde.**
Ich bin damit einverstanden, dass die Ersatzurkunde an den Gläubiger übersandt wird, sofern diese an den die Rechte und Ansprüche aus dem Vertrag abgetreten/vinkuliert/verpfändet/ gepfändet worden sind. Für berechnete Ansprüche, die aus dem gültigen Versicherungsschein gegen die Gesellschaft erhoben werden, wird jede Haftung übernommen.

Sollte sich der Versicherungsschein wieder auffinden, verpflichte ich mich, diesen sofort der Gesellschaft zurückzugeben.

Einwilligungserklärung des Gläubigers:

Wir bestätigen, dass die Original-Versicherungsurkunde auch uns nicht vorliegt.

Wir willigen darin ein, dass die HDI Lebensversicherung AG eine Ersatzurkunde zum Versicherungsschein ausstellt.

Sonstige
Änderungs-
wünsche

Rücktrittsrecht

Belehrung über das Rücktrittsrecht nach § 5c Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

1. Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z.B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.
2. Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (= Zusendung der Polizza bzw. Versicherungsschein), jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung und diese Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.
3. Die Rücktrittserklärung ist zu richten an: HDI Lebensversicherung AG, Direktion für Österreich, Dresdner Straße 91, 1200 Wien, Fax: +43 1 20709-99, E-Mail: office@hdi-leben.at. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden. Die Erklärung ist auch wirksam, wenn sie in den Machtbereich Ihres Versicherungsvertreters gelangt.
4. Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie. Wenn Sie bereits Prämien an den Versicherer geleistet haben, die über diese Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzuzahlen.
5. Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.

Belehrung über das Rücktrittsrecht nach § 8 Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz (FernFinG)

1. Wurde der Vertrag mit Ihnen als Verbraucher im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes (KSchG) unter ausschließlicher Verwendung eines oder mehrerer Fernkommunikationsmittel (z.B. Telefon, Internet, E-Mail, SMS, Direct-Mail) im Wege des Fernabsatzes abgeschlossen, können Sie innerhalb von 30 Tagen zurücktreten.
2. Die Rücktrittsfrist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem Sie über den Abschluss des Vertrags informiert werden. Haben Sie aber die Vertragsbedingungen und Vertriebsinformationen erst nach Vertragsabschluss erhalten, so beginnt die Rücktrittsfrist mit dem Erhalt aller dieser Bedingungen und Informationen.
3. Die Frist ist jedenfalls gewahrt, wenn der Rücktritt schriftlich oder auf einem anderen, dem Empfänger zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger erklärt und diese Erklärung vor dem Ablauf der Frist abgesendet wird.
4. Das Rücktrittsrecht besteht nicht bei kurzfristigen Versicherungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Unterschriften

Unterschrift Versicherungsnehmer/in _____
Firmenstempel

Ggf. Unterschrift und Stempel des Gläubigers _____

Ort/Datum _____

Unterschrift Versicherte Person _____
falls nicht identisch mit VN; ab vollendetem 14. Lebensjahr

Unterschrift Vermittler _____
und Firmenstempel

Unterschrift Gesetzlicher Vertreter _____
bei Minderjährigen

Erklärungen zur Ermittlung, Übermittlung und sonstigen Verwendung von Daten

1. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Gesundheitsdaten

1.1 bei Vertragsabschluss

Der Antragsteller (sofern dieser nicht auch die zu versichernde Person ist, auch diese) stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, sowie den bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern ermitteln darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderliche medizinische Unterlagen (Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblatt, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, EKG- und Ergometrieprotokolle, Protokolle von Langzeit-Blutdruckmessungen, Laborergebnisse, Operations- und Nachsorgeberichte, Ergebnisse bildgebender Verfahren, Medikationen und anderer Therapiemaßnahmen bzw. -empfehlungen, Ergebnisse von Vorsorge- oder Tauglichkeitsuntersuchungen, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann). **Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.**

1.2 im Versicherungsfall

Der Antragsteller und/oder die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall sowie der Überprüfung einer etwaigen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, EKG- und Ergometrieprotokolle, Protokolle von Langzeit-Blutdruckmessungen, Laborergebnisse, Operations- und Nachsorgeberichte, Ergebnisse bildgebender Verfahren, Medikationen und anderer Therapiemaßnahmen bzw. -empfehlungen, Ergebnisse von Vorsorge- oder Tauglichkeitsuntersuchungen, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsberichte, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, Rentenbescheide, medizinische Gutachten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Im Fall einer solchen Datenermittlung werden der Antragsteller und die zu versichernde Person 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11a VersVG bestehen für den Antragsteller und die zu versichernde Person auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Antragsteller und die zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen. Der Antragsteller und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Antragsteller, Bezugsberechtigten oder der zu versichernden Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.

Der Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

2. Zustimmung zur Verwendung von allgemeinen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtbindungserklärungen gemäß Ziffer I. 1. erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten sowie meine allgemeinen personenbezogenen Daten (z.B. Name, Adresse, Geburtsdatum) unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung auch verwendet werden dürfen

- zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die HDI Lebensversicherung AG.
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur dortigen Verwendung durch Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherer im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.
- zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Gesellschaften des Talanx-Konzerns (eine vollständige Übersicht aller Unternehmen des Talanx-Konzerns ist auf der Internetseite www.talanx.de veröffentlicht), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung meiner Post oder Prämienzahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.
- durch andere Gesellschaften/Personen innerhalb und außerhalb des Talanx-Konzerns, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten. Derzeit hat unsere Gesellschaft die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung der HDI Kundenservice AG übertragen.
- zur Weitergabe zu vertrieblischen Zwecken an gemeinsame Vertriebsgesellschaften, in der die Vertriebsaktivitäten des Talanx-Konzerns gebündelt werden. Im Rahmen der Vertriebsunterstützung dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

3. Entbindung von der Schweigepflicht

Der Antragsteller und die zu versichernde Person entbinden die in den Punkten 1.1 und 1.2 genannten Befragten und die für den Versicherer tätigen Personen im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung gemäß Punkt 1.1, 1.2 und 2.

4. Werbung – Hinweis auf das Widerspruchsrecht

Wir möchten Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten zum Zwecke der Werbung verwenden. Sie können der Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten zum Zwecke der Werbung jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Der Widerspruch ist zu richten an HDI Lebensversicherung AG, Direktion für Österreich, Dresdner Straße 91, 1200 Wien. Bei einem Widerspruch per Telefax ist der Widerspruch an folgende Faxnummer zu richten: 01 20709-900. Bei einem Widerspruch per E-Mail ist der Widerspruch an folgende E-Mail Anschrift zu richten: service@hdi-leben.at

Die vorgenannten Zustimmungserklärungen zur Ermittlung und Übermittlung und Verwendung von Daten, sowie zur Entbindung von der Schweigepflicht können jederzeit insgesamt oder auch einzeln in Bezug auf bestimmte Datenverwendungen oder -erhebungen widerrufen werden.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass es bei einem Widerruf zu Verzögerungen in der Antrags- oder der Leistungsfallprüfung kommen kann. Der Versicherer kann bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Antrags- und/oder Leistungsfallprüfung nicht vornehmen. Ein Widerruf kann daher zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.

Ort/Datum _____

Unterschrift
Gesetzlicher Vertreter  _____
bei Minderjährigen

Unterschrift
Versicherungsnehmer  _____
ggf. Firmenstempel

Unterschrift
Versicherte Person  _____
sofern vom VN abweichend; ab vollendetem 14. Lebensjahr

Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die 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 der HDI Lebensversicherung AG, Dresdner Straße 91, 1200 Wien in geschriebener Form 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. 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 §§16ff. VersVG 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 geschriebener Form 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.

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 Sie ohne Verschulden binnen drei Jahren ab Vertragsabschluss gehandelt

haben. Bei Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den nicht angezeigten Umstand kannten.

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. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt nur innerhalb eines Monats in geschriebener Form 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 oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

3. 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 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 schuldhaft verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Verschulden zur Last fällt.