

Produkt: Antragsteller: **Versicherte Person:**Vorname: Geburtsdatum: Nachname: 

**Lebensversicherungs-/Rentenversicherungs-Verträge:** Wenn der Vertrag auf mehr als eine versicherte Person abgeschlossen werden soll, fügen Sie bitte ein (oder mehrere) zusätzliche(s) Exemplar(e) dieses Formulars bei.

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

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 Berater/Vermittler machen möchten, sind unverzüglich schriftlich gegen über unserem Servicepartner LV Bestandsservice GmbH, Im Breitspiel 2-4, 69126 Heidelberg, Deutschland, nachzuholen.

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 den Versicherungsbedingungen / Polizzenbedingungen entnehmen.

## Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind 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.

## 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 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 Rückkaufswerts.

### 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 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 hin 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 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 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. Stellvertretung 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 rückwirkenden 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

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen. Zur Erleichterung der Beantwortung der einzelnen Fragen haben wir Ihnen z. T. Beispiele für Krankheiten etc. in Klammern genannt. Es handelt sich hierbei nicht um abschließende Aufzählungen. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar uns gegenüber in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) nachzureichen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie auf Seite 1.

## Informationen zu genetischen Untersuchungen

Zum 01.02.2010 ist das Gendiagnostikgesetz (GenDG) in Kraft getreten. Das GenDG regelt den Umgang mit genetischen Untersuchungen. Der Versicherer darf gemäß § 18 GenDG in keinem Fall die Vornahme einer genetischen Untersuchung verlangen. Der Antragsteller hat im Rahmen seiner vorvertraglichen Anzeigepflicht alle ihm in Textform gestellten Fragen nach Erkrankungen und Vorerkrankungen wahrheitsgemäß zu beantworten. Hiervon werden auch alle genetisch bedingten Erkrankungen erfasst. Darüber hinaus darf der Versicherer weder die Vorlage von Informationen aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen verlangen, noch solche entgegennehmen oder verwenden. Dies gilt nicht, wenn die Versicherungssumme mehr als 300.000 Euro oder die Jahresrente mehr als 30.000 Euro beträgt.

## Angaben der zu versichernden Person

Versicherte Person	
1. Bestehen bereits bei anderen Gesellschaften Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen oder wurden solche innerhalb der letzten fünf Jahre beantragt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, bei welcher Gesellschaft und mit welcher/-n Versicherungssumme(n) bzw. versicherten Jahresrente?
<hr/>	
2. Ist schon einmal ein Versicherungsantrag auf Ihr Leben oder Ihre Gesundheit in den letzten fünf Jahren abgelehnt, zurückgestellt oder nur auf Basis einer besonderen Vereinbarung (z. B. Beitragszuschlag, Staffelung, einschränkende Klausel) angeboten worden?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, bei welcher Gesellschaft, wann und weshalb?
<hr/>	
3. Sind Sie beruflich oder privat besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit Giften, Sprengstoff, Strahlen, Untertage, Testfahrten)?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte nähere Angaben: ggf. separaten Fragebogen beifügen.
<hr/>	
4. Üben Sie eine Sportart aus, bei der Sie besonderen Gefahren ausgesetzt sind (z. B. Berg-, Flug-, Kampf-, Motor-, Mountainbike-, Tauch-, Wassersport) oder nehmen Sie an sportlichen Wettbewerben teil?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte nähere Angaben: ggf. separaten Fragebogen beifügen.
<hr/>	
5. Reisen Sie in den nächsten zwölf Monaten für mehr als drei Monate ins Ausland (außerhalb der Europäischen Union) oder halten Sie sich dort insgesamt für mehr als drei Monate im Jahr auf?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann, für wie lange und wohin? Ggf. separaten Fragebogen beifügen.
<hr/>	
6. Höhe des durchschnittlichen jährlichen Bruttoeinkommens der letzten drei Jahre, bei Berufsstartern die Höhe des aktuellen jährlichen Bruttogehalts?	€ (jährlicher Durchschnitt der letzten drei Jahre) _ € (bei Berufsstartern aktuelles Bruttogehalt)

# Angaben zu den Gesundheitsverhältnissen

	Versicherte Person		Nein Ja
1 Bestehen oder bestanden in den letzten fünf Jahren Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Beschwerden oder erfolgten Behandlungen ...	<b>Nein Ja</b>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.a des Herzens, Kreislauf- oder Gefäßsystems [z. B. Bluthochdruck, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Brustenge (Angina Pectoris), Schlaganfall, Venenentzündungen, Durchblutungsstörungen, Krampfadern]? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2. Erlitten Sie in den letzten fünf Jahren Unfälle, Verletzungen, Vergiftungen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.b der Atmungsorgane, des Kehlkopfs oder des Stimmbands [z. B. Bronchitis, Asthma, Atemnot, Allergien, Kehlkopfentzündung, Stimmbandlähmung, Störungen der Stimmfunktion (z. B. Dysphonie)]? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. Stehen Ergebnisse bereits durchgeführter Untersuchungen aus [z. B. Ergebnisse von Gewebsuntersuchungen (z. B. bei Leberfleckenentfernung), Blutuntersuchungen]? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.c der Verdauungsorgane wie Speiseröhre, Magen oder Darm (z. B. Sodbrennen, Entzündungen), der Leber (z. B. Hepatitis, Lebervererthörungen), der Galle oder der Bauchspeicheldrüse? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten fünf Jahren gelegentlich (d. h. mehr als einmal wöchentlich) apothekenpflichtige Arznei-, Schlaf-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel oder Morphinum zu sich? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.d der Nieren, der Harn- oder Geschlechtsorgane (z. B. Blasenentzündungen, Brust- und Unterleibserkrankungen, Hodenerkrankungen, Zysten-nieren, Funktionseinschränkungen)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten fünf Jahren Drogen zu sich? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.e des Gehirns, des Rückenmarks, der Nerven, der Psyche [z. B. gelegentliche Kopfschmerzen (d. h. mehr als einmal wöchentlich), Migräne, Depressionen, psychosomatische Störungen, Angst- oder Zwangsstörungen, Burn-out-Syndrom, Supervision, Essstörungen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Multiple Sklerose, Schwindelanfälle]? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten fünf Jahren regelmäßig Alkohol zu sich (d. h. mehr als dreimal wöchentlich) oder wurden/werden Sie wegen der Folgen von Alkoholgenuss beraten oder behandelt? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.f der Ohren [z. B. Hörsturz, Schwerhörigkeit, Ohrgeräusche (Tinnitus)]? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7. Beziehen oder bezogen Sie in den letzten fünf Jahren eine Unfallrente oder eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit? Wurde eine der vorgenannten Renten in den letzten fünf Jahren beantragt? Besteht oder bestand in den letzten fünf Jahren eine Minderung der Erwerbsfähigkeit? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.g der Augen [z. B. Fehlsichtigkeit, Sehstörungen, Netzhautablösungen, Laserung, grüner bzw. grauer Star (Glaukom/Katarakt)]? Bitte Dioptrienzahl bei Kurz- oder Weitsichtigkeit angeben. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8. Haben Sie in den letzten fünf Jahren einen Arzt, Therapeuten, Heilpraktiker, Psychiater oder Psychotherapeuten in Anspruch genommen? Wann? Weshalb? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/> kurzsichtig <input type="checkbox"/> weitsichtig Dioptrienzahl: L: _____ R: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9. Haben in den letzten zehn Jahren Operationen, stationäre Krankenhaus- oder Kuraufenthalte, Rehabilitationsmaßnahmen, Heil-, Entzugsbehandlungen, Chemo- oder Strahlentherapien stattgefunden bzw. sind solche vorgesehen oder angeraten? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.a der Drüsen, der Milz, des Blutes, der Haut (z. B. Schilddrüsenstörungen, Lymphdrüsenanschwellungen, Anämien, Blutgerinnungsstörung, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10. Haben Sie in den letzten zehn Jahren einen Selbsttötungsversuch unternommen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.b der Wirbelsäule, Muskeln/Sehnen, Knochen, Gelenke [z. B. Bandscheibenerkrankung, Rheumaerkrankungen, Entzündungen, Gicht, Bänderriss, Arthrose, gelegentliche Verspannung (d. h. mehr als einmal wöchentlich), Beinlängendifferenz]? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11. Bestehen Behinderungen (auch angeborene) oder haben Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Verletzungen Folgen hinterlassen (z. B. Amputation, Bandscheibenschädigung, Blindheit, Essstörungen, Herzklappenfehler, Taubheit, Versteifung von Gelenken)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.c des Stoffwechsels [z. B. Eiweiß- oder Zuckerausscheidungen, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörung (z. B. Cholesterinvererthörungen), Harnsäureerhöhung]? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)? Wann? Durch wen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.d an Geschwülsten oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Hodgkin-Lymphom, Zysten)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13. Wie sind Ihre Körpermaße? Größe (in cm): _____ Gewicht (in kg): _____	
2.e an Infektionskrankheiten, Tropenkrankheiten, Tuberkulose (z. B. Pilz-erkrankungen, ungeklärte Fieberschübe, Typhus, Erkrankungen des Immunsystems)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet (Name, Anschrift, Fachrichtung)?	

Sofern eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet wurde, machen Sie bitte weitere Angaben. Wenn der Platz nicht ausreicht, bitte ein von der versicherten Person zu unterschreibendes Extrablatt beifügen und hierauf verweisen oder entsprechenden Fragebogen verwenden.

Fragebögen Anzahl  (bitte immer angeben)

Zusätzliche Blätter Anzahl  (bitte immer angeben)

Frage	Einzelheiten zu Diagnose, Krankheit, Unfall, Medikament	Wann? Wie lange? Wie häufig? Folgen	Name, Anschrift behandelnder Arzt/ Krankenhaus

## Nichtrauchererklärung

Haben Sie in den letzten zwölf Monaten geraucht? Nein  Ja   
 Wenn Sie in den letzten zwölf Monaten nicht geraucht haben, erhalten Sie einen Nichtraucherarif für die Hauptversicherung.

Dieser Antrag besteht aus 4 Seiten. Als Antragsteller bestätige ich, dass mir alle Antragsseiten vorgelegt wurden und ich den Antrag zusammen mit der Schweigepflicht-  
bindungserklärung vollständig zur Kenntnis genommen habe.

Ort  Datum  Unterschrift des Antragstellers

Ort  Datum  Unterschrift der versicherten Person

Vermittler (Unterschrift bestätigt durch den Vermittler)  
Unterschrift des Vermittlers

Name, Adresse und Stempel des Vermittlers

Vermittler-  
Registrierungsnummer  -  -  -

Vermittlernummer  
bei der Vertriebsorganisation

**Herausgegeben von:**

Scottish Widows Europe S.A., ist eine Société anonyme nach luxemburgischem Recht. Der Sitz der Gesellschaft ist Europe Building, 1, Avenue du Bois, Limpertsberg, L-1251 Luxemburg, eingetragen im Handels- und Firmenregister Luxemburg unter der Nummer B228618. Die Gesellschaft ist ein zugelassenes Versicherungsunternehmen unter der Aufsicht des Commissariat aux Assurances.

Clerical Medical ist ein Handelsname von Scottish Widows Europe S.A. Die Marke ist Eigentum von Scottish Widows Limited und lizenziert an Scottish Widows Europe S.A. LV Bestandsservice GmbH ist der Servicepartner der Scottish Widows Europe S.A.

**Servicepartner:**

LV Bestandsservice GmbH  
Im Breitspiel 2-4  
69126 Heidelberg  
Deutschland  
Tel. (DEU) +49 (0)6221 872-2700, Fax +49 (0)6221 872-2701  
Tel. (AUT) +49 (0)6221 872-2750, Fax +49 (0)6221 872-2751

Die LV Bestandsservice GmbH ist eingetragen im Handelsregister Mannheim unter HRB 740652.  
[www.clericalmedical.de](http://www.clericalmedical.de)  
[www.clericalmedical.at](http://www.clericalmedical.at)