

Antrags- bzw. Vertrags-Nr. 	1. Versicherte Person	2. Versicherte Person
--------------------------------	-----------------------	-----------------------

**Erklärungen der zu versichernden Personen** (siehe auch die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht im Anhang)

Nachfolgend stellen wir Ihnen einige Fragen, um das von uns zu übernehmende Versicherungsrisiko besser abschätzen zu können. Bitte beachten Sie bei der Beantwortung dieser Fragen Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht und geben Sie alle Ihnen bekannten Sachverhalte – dazu zählen auch Umstände, die für Sie eventuell keine oder nur eine geringe Bedeutung haben – zu jeder der gestellten Fragen sorgfältig, vollständig und ausführlich an. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann Rechtsfolgen haben, wie Rücktritt oder Anfechtung des Vertrages oder Verweigerung der beantragten Leistung.

Alle nachfolgenden Beispiele können nicht sämtliche Erkrankungsbeispiele umfassen. Die Beispiele haben deshalb keinen abschließenden Charakter. Eventuell durchgeführte prädiktive Gentests müssen hier nicht angegeben werden.

	1. VP	2. VP
1. Wurden in den letzten 5 Jahren auf Ihr Leben bereits andere Lebensversicherungen beantragt oder abgeschlossen? Gesellschaft: _____ Höhe: _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre auf Ihr Leben beantragte Lebens-/Berufsunfähigkeits-Versicherungen nur zu erschwerten Bedingungen, also mit Risikozuschlag, Ausschlussklausel oder abgekürzter Versicherungsdauer, angeboten oder angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? Gesellschaft: _____ Wann: _____ Annahmetscheidung: _____ Höhe: _____ €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Sind Sie beruflich besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. durch Umgang mit explosiven, radioaktiven, toxischen oder infektiösen Stoffen) oder betreiben Sie eine Sportart mit besonderem Risiko (z. B. Kampfsport, Auto- oder Motorsport, Flug/Luftsport, Tauchen, Bergsport, Wildwassersport, Variantenfahren in Freeride-Gebieten)? Genauere Angaben: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Fahren Sie ein auf Sie zugelassenes Motorrad oder Quad ab 125 ccm?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte in außereuropäischen Ländern oder Krisengebieten? Wohin? _____ Dauer: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Gesundheitsfragen**

Bitte geben Sie hier ALLE im jeweiligen Fragezeitraum liegenden Beeinträchtigungen, Erkrankungen Gesundheits- und Funktionsstörungen, Behandlungen, Operationen, stationäre Aufenthalte an mit näheren Einzelheiten zur Behandlung bzw. dem Behandlungserfolg. Bezogen auf die derzeitigen Gesundheitsverhältnisse und die letzten 5 Jahre.

	1. VP	2. VP
6. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Gesundheits- oder Funktionsstörungen		
6.1 des Herzens oder der Kreislauforgane (z. B. ärztlich diagnostizierter erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelschaden, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Gleichgewichtsstörung, Thrombose, Venenleiden)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.2 der Lunge, Atmungsorgane (z. B. Tbc, Lungenentzündung, Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe-Syndrom)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.3 des Magens, des Darms, der Bauchspeicheldrüse (z. B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwür, Entzündungen im Bereich der Speiseröhre, der Bauchspeicheldrüse/Pankreatitis, des Magens und des Darms, Magen-Darm-Blutung)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.4 der Leber, Gallenblase, Milz (z. B. Leberentzündung/Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Gallenblasenentzündung/Steine, Milzvergrößerung)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.5 der Nieren, Harnorgane (z. B. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, blutiger Harn, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, Harnblasenentzündung, Eiweißausscheidung)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.6 der Geschlechtsorgane einschl. Brustdrüsen (z. B. der Vorsteherdrüse/Prostata, Hoden, Gebärmutter, Eierstöcke, Geschlechtskrankheiten)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.7 Allergien (z. B. Heuschnupfen, Hausstaub, Lebensmittel, Kontaktallergien)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.8 der Haut (z. B. Ekzeme, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte, entfernte Leberflecke, blutende oder größer gewordene Muttermale)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.9 des gesamten Bewegungsapparates (wie Arme, Beine, Rücken/Wirbelsäule, Schultern), der Knochen, Gelenke (wie Hüft-, Knie-, Ellenbogen- oder Sprunggelenke), der Muskeln, Sehnen oder Bänder (z. B. Bewegungseinschränkungen, Rückgratverkrümmung, Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Hüftfehlstellung, Beinlängendifferenz, Arthrose, Meniskusschaden, Rheuma, Fibromyalgie, Arthritis)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.10 des Gehirns oder des Nervensystems (z. B. Hirnleistungsstörung, Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, Migräne, über mehrere Tage andauernde Kopfschmerzen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.11 der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 4 Dioptrien, Sechstörungen, Hornhaut- oder Netzhauterkrankungen, grauer /grüner Star)? Oder wurde eine Lasertherapie durchgeführt? 1. VP Dioptrien links: _____ rechts: _____ 2. VP Dioptrien links: _____ rechts: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Gesundheitsfragen				1. VP		2. VP	
6.12 der Ohren (z. B. Hörstörung, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Lärmschaden, Gleichgewichtsstörung)?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6.13 des Stoffwechsels (z. B. Diabetes, erhöhter Blutzucker, Schilddrüse, Hormonstörung, erhöhte Cholesterinwerte)?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6.14 des Blutes, der Lymphknoten (z. B. Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörungen, Gicht, Thrombose, Lymphknotenschwellung, Lymphknotenentzündung)?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6.15 akute oder chronische Infektionskrankheiten (z. B. Malaria, Tuberkulose, Borreliose, Hirnhautentzündung, Herpesinfektion)?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7. Werden oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aus gesundheitlichen Gründen durch Ärzte oder andere Behandler (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) beraten, untersucht und/oder wurden bei Ihnen Behandlungen durchgeführt, verordnet oder angeraten?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8. Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren im Zusammenhang mit den hier angegebenen Gesundheitsstörungen Medikamente über mehr als 5 Tage?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
9. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Drogen zu sich genommen?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
10. Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Alkohol zu sich (d.h. mehr als ein Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage im Jahr)?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
11. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren beraten, untersucht oder behandelt oder sind solche Maßnahmen vorgesehen wegen				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12.1 gut- oder bösartiger Tumorerkrankungen (Krebs)?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12.2 eines Suizidversuchs?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12.3 der Einnahme von Drogen, Betäubungs- oder Rauschmittel?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12.4 der Folgen von Alkoholenuss oder Alkoholabhängigkeit?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12.5 Erkrankungen oder Störungen der Psyche (z.B. Depressionen, Angstzustände, Belastungsreaktion, Burnout-Syndrom, Essstörungen, ADS)?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
13. Bestehen bei Ihnen derzeit körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z.B. durch angeborene Behinderungen, Missbildungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen), oder wurde eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), eine Schwerbehinderung (GdB) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) anerkannt oder beantragt?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
14. Sind Sie derzeit Raucher oder haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht bzw. konsumieren Sie E-Zigaretten? Falls ja, was? Anzahl pro Tag? (z.B. Anzahl der Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen pro Tag) _____ _____ _____ Nichtraucher seit: _____				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
15. Bitte geben Sie hier Ihre derzeitigen Körpermaße an:				cm	kg	cm	kg
<b>Bezogen auf die Gesundheitsverhältnisse der letzten 10 Jahre</b>							
16. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (Operationen, Entzugsbehandlungen, Strahlen- bzw. Chemotherapie, Rehabbehandlungen, Kuren) bzw. ist eine solche Behandlung vorgesehen oder empfohlen?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Bezogen auf zeitlich unbefristete Gesundheitsverhältnisse</b>							
17. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)?  Wenn ja, wann? _____ Bei welchem Arzt (Anschrift)? _____				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Erläuterungen zu allem mit  ja beantworteten Fragen**

Frage-Nr.	VP-Nr.	Genauere Art der Krankheit, Behandlung etc.	Wann, Dauer, Häufigkeit, Ergebnis	Arzt/Krankenhaus mit Anschrift

Falls der Platz nicht ausreicht, bitte formloses unterschriebenes Ergänzungsblatt beifügen.

Anlage: Unterschriebenes Ergänzungsblatt  Ja

Bitte reichen Sie uns Angaben, welche Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach:

**Bitte unbedingt beantworten!**

- Es folgen keine weiteren Angaben, da vollständig beantwortet!
- Es folgen weitere Angaben.

**Information über die Begriffe Krankheiten, Gesundheits- oder Funktionsstörungen:**

Als Krankheit wird ein anormaler körperlicher oder geistiger Zustand bezeichnet, welcher in der Regel von einem Arzt/Behandler diagnostiziert wird. Eine Gesundheits- oder Funktionsstörung bezieht sich auf sämtliche gesundheitliche Beeinträchtigungen, auch wenn Sie nicht gravierend und nur von kurzer Dauer sind und/oder noch keine eindeutige Diagnose gestellt werden konnte.

**Hinweis:** Nach Abschluss der medizinischen Risikoprüfung durch die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group können eventuell Risikozuschläge (in der BU auch Ausschlussklauseln) oder Einschränkungen des Versicherungsschutzes vereinbart werden. In einigen wenigen Fällen kann der Versicherungsschutz von uns nicht übernommen werden.

**Unterschriften:** Antragsteller / Versicherte Personen (Bitte unterschreiben Sie mit Vor- und Zunamen; bei Firmen auch Stempel)

Ort, Datum <b>X</b>	Antragsteller /1. VP <b>X</b>	1. VP falls nicht Antragsteller /2. VP u. Antragsteller <b>X</b>	ggf. gesetzlicher Vertreter <b>X</b>
------------------------	----------------------------------	---	---

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

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 InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group, Carl-Bosch-Straße 5, 65203 Wiesbaden schriftlich 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 der nachstehenden Information 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 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

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 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 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 – bei der Berufsunfähigkeitsversicherung drei Jahre – 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 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.

**Original** Bitte sofort einsenden an:

**Raum für Kurzmitteilungen:**  
(rechtsverbindliche Erklärungen bitte auf Beiblatt)



Postfach 25 72  
65203 WIESBADEN  
DEUTSCHLAND

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Hier falten für DIN-C-Lang-Umschläge)