

## Ärztliche Untersuchung

### Hinweis an die Ärztin/ den Arzt

Jede der Fragen ist von Ihnen zu stellen und von der zu untersuchenden Person oder deren gesetzlichen Vertreter zu beantworten. Zutreffendes bitte im Kasten  ankreuzen. Genaue Angaben können im dafür vorgesehenen Feld vorgenommen werden.

### Hinweis an die Ärztin/den Arzt:

Bitte nehmen Sie die Befragung bzw. Untersuchung nicht vor, wenn Sie mit der zu untersuchenden Person verschwägert oder verwandt sind.

Wenn Ihnen der/die Patient/Patientin nicht persönlich bekannt ist, lassen Sie sich dessen Identität bitte durch einen gültigen Bundespersonalausweis oder Reisepass bestätigen.

Ausweis-Nr., ausstellende Behörde, Ort und Datum

Geboren am \_\_\_\_\_

Antragsnummer \_\_\_\_\_

hat bei unserer Gesellschaft einen Antrag auf Abschluss einer Lebensversicherung bzw. Versicherung für den Krankheitsfall gestellt, für dessen Prüfung eine ärztliche Untersuchung erforderlich ist.

Wir bitten Sie, die im Folgenden **angekreuzten** Untersuchungen durchzuführen :

- Ärztliches Zeugnis gemäß beigefügtem Formular (Honorar € 45,-)
- Ärztliches Zeugnis gemäß beigefügtem Formular + Lungenfunktion, Labor, HIV und EKG (€ 210,-)
- Labor (Honorar € 40,-)     Cotinin Test (Honorar € 40,-)
- HIV-Test (Honorar € 30,-)
- Labor + HIV-Test (Honorar € 70,-)
- Ruhe-EKG und Ergometrie mit Brustwandableitungen (bitte Auswertung und EKG-Streifen beifügen)(€ 50,-)
- Lungenfunktionstest (Honorar € 45,-)

~~Bitte senden Sie uns die Untersuchungsergebnisse im beigefügten Freiumschlag zu.~~

**WICHTIG für den ARZT:**  
Bitte senden Sie die ausgefüllten  
**Unterlagen an Ihren Patienten!**  
zur Weitergabe an die Versicherung  
über Finanzberater Dr. Schlemann. Bei Rück-  
fragen: 0221 688040 / info@schlemann.com

**Eine sorgfältige, ausführliche Beantwortung der Fragen erspart uns und Ihnen Rückfragen und beschleunigt damit die Bearbeitung des Antrages.**

Für Ihre Bemühungen danken wir Ihnen im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Canada Life Team

**Erklärung vor der Ärztin/dem Arzt (Anamneseerhebung)**

 Jede Frage ist von der Ärztin/dem Arzt zu stellen und ist mit ja oder nein zu beantworten. Bei  Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Sind bei Eltern oder Geschwistern Herz- oder Kreislauferkrankungen, Zuckerkrankheit, Gemütskrankheiten oder maligne Erkrankungen vorgekommen?  Wenn ja, welche? Bei wem?	<input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> nein</span>
2. Sind Sie in Ihrem Beruf oder in Ihrer Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt?  Wenn ja, welchen?	<input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> nein</span>
3. <b>Bestanden oder bestehen</b> bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden	
3.1 des <b>Herzens oder der Kreislauforgane</b> , z.B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Herzinfarkt, Herzklopfen, erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, sonstige Durchblutungsstörungen, Venenentzündung, Embolie?  Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Wie lange?	<input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> nein</span>
3.2 der <b>Atmungsorgane</b> , z.B. Rippen-(Brust) fellentzündung, wiederholte oder chronische Asthma, Bronchitis, Tuberkulose?  Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Wie lange?	<input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> nein</span>
3.3 der <b>Verdauungsorgane</b> , z.B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leberleiden, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse?  Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Wie lange?	<input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> nein</span>
3.4 der <b>Harn oder Geschlechtsorgane</b> , z.B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken oder Harnblasenentzündung, Erkrankung der Vorsteherdrüse, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutiger Harn, Eiweißausscheidung?  Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Wie lange?	<input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> nein</span>

<p>3.5 des <b>Gehirns oder Rückenmarks</b>, der Nerven, Geistesstörungen, Depressionen, Epilepsie, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen?</p> <p>Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Wie lange?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>3.6 der <b>Augen</b>, z.B. Herabsetzung der Sehschärfe (Dioptrienzahl)? Grüner oder Grauer Star, Netzhautablösung?</p> <p>Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Wie lange?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>3.7 der <b>Ohren</b>, z.B. Schwerhörigkeit, chronische Mittelohrentzündung? Hörsturz?</p> <p>Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Wie lange?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>3.8 der <b>Haut</b>, Allergien?</p> <p>Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Wie lange?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>3.9 der <b>Lymphknoten, der Milz, des Blutes?</b></p> <p>Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Wie lange?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>3.10 des <b>Stoffwechsels</b>, z.B. Zuckerkrankheit, Zuckerausscheidung, Blutfetterhöhungen, Harnsäureerhöhungen, Gicht, Funktionsstörungen der Schilddrüse?</p> <p>Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Wie lange?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>3.11 <b>Geschwülste (Tumoren)?</b></p> <p>Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Wie lange?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>3.12 der <b>Wirbelsäule, der Bandscheiben, der Knochen und Gelenke</b>, z.B. Gelenkrheumatismus, rheumatische Beschwerden?</p> <p>Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Wie lange?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<p>3.13 <b>akute oder chronische Infektionskrankheiten</b>, z.B. Tropenkrankheiten, Malaria, Geschlechtskrankheiten?</p> <p>Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Wie lange?</p> <p>Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>3.14 <b>sonstige Krankheiten, Gebrechen, körperliche Missbildungen oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?</b></p> <p>Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Wie lange?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p><b>Eine sorgfältige, ausführliche Beantwortung dieser Fragen erspart Rückfragen und beschleunigt damit die Bearbeitung des Antrages</b></p>	
<p>4. Sind Sie mit Medikamenten, z.B. Herzmitteln, Antibiotika, blutzuckersenkende oder blutdrucksenkenden Mitteln behandelt worden?</p> <p>Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Wie lange?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>5. Nahmen oder nehmen Sie häufig oder gewohnheitsmäßig Drogen, Schmerz-, Schlaf- oder andere Betäubungsmittel?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>6. Rauchen Sie? Wenn ja, seit wann, was, wie viel täglich?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, seit ..... <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Zigaretten: ..... Stück / Tag</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiges : ....., .....Stück/Tag</p>
<p>7. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich? Wenn ja, welche? In welchem Umfang?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Art..... Menge..... pro Tag</p> <p>Art..... Menge..... pro Tag</p> <p>Art..... Menge..... pro Tag</p> <p>Art..... Menge..... pro Tag</p>
<p>8. Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

<p>9. Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Welcher Art? Welche Folgen bestehen?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>10. Besteht ein "Grad der Behinderung" (GbB) bzw. bezogen oder beziehen Sie eine Rente wegen Erwerbsminderung/Berufsunfähigkeit? <b>Wenn ja, bitte nähere Angaben (Seit wann? Rentenbezugsdauer)</b></p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>11. Wurde eine Operation durchgeführt oder ist eine Operation vorgesehen? Wenn ja, wann, Art der Operation, Ergebnis?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>12. Sind Sie mit Röntgen-, Radium-, Isotopen- oder sonstigen Strahlen behandelt worden? (Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Wann? Ergebnis?)</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>13. Wurde eine Ultraschalluntersuchung (Sonographie), eine Röntgenuntersuchung oder ein Computertomogramm (CT) vorgenommen? (Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Welche Untersuchung, wann, Ergebnis?)</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>14. Ist ein Elektrokardiogramm (EKG) aufgenommen worden? Wann? Durch wen? Ggf. Ergebnis? (Falls vorhanden, EKG-Streifen und Befundbericht bitte einsenden).</p>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum:..... Arzt:..... Ergebnis:.....
<p>15. Haben Gesundheitsstörungen oder Verletzungen Folgen hinterlassen, die Ihre Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen? Wenn ja, welche?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

16. Haben andere Ärzte, außer den bereits genannten, Sie innerhalb der letzten fünf Jahre untersucht, beraten oder behandelt?  Wenn ja, wieso?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
17. Von wem (Arzt / Krankenhaus / Kurklinik) wurden Sie untersucht oder behandelt? Wann?		
Name / Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Welche Untersuchungen / Behandlungen sind erfolgt?
<b>18 Bei Frauen</b>		
18.1 Bestanden oder bestehen Erkrankungen der weiblichen Organe? Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
18.2 Besteht eine Schwangerschaft?  Gegebenenfalls in welchem Monat?  Behandelnde Ärzte (mit Anschrift)	<input type="checkbox"/> ja.....Monat <input type="checkbox"/> nein	
18.3 Sind evtl. vorausgegangene Schwangerschaften und Entbindungen normal verlaufen?  Wenn nein, warum nicht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<b>Untersuchungsbefund</b>			
1.	Haben Sie die zu versichernde Person bereits ärztlich untersucht, beraten oder behandelt? Wenn ja, wann und weshalb?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Körpermaße			
Gewicht .....	Umfang des Brustkorbes:	eingeatmet .....	Umfang des Halses .....
Größe .....		ausgeatmet .....	Umfang des Leibes .....
2.1	Macht die zu untersuchende Person einen altersentsprechenden, gesunden und frischen Eindruck?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> fett <input type="checkbox"/> gut genährt <input type="checkbox"/> mager (Zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> nein
3.	Halten Sie das <b>Hormonsystem</b> insbesondere die <b>Schilddrüse</b> für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.	Halten Sie <b>Skelett und Bewegungsapparat</b> für gesund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5.	Halten Sie <b>Haut und Schleimhäute</b> für gesund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6.	Halten Sie die <b>Sinnesorgane</b> für gesund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

7.	Halten Sie <b>Nervensystem und Psyche</b> für gesund, insbesondere verhalten sich die Reflexe (Pupillenreaktionen, Patellar und Achillessehnenreflexe, Fußsohlen und Bauchdeckenreflexe, Romberg) normal?  Wenn nein, welche Abweichungen liegen vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8.	<b>Herz und Kreislauf</b>		
8.1	Ist das Herz vergrößert? Wenn ja, Ausmaße	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8.2	Sind die Herztöne rein und normal betont? Wenn nein, welche Abweichungen liegen vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8.3	Bestehen Geräusche? Wenn ja, welche? Wo?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8.4	Die Geräusche sind	<input type="checkbox"/> organisch	<input type="checkbox"/> accidentell
8.5	Welche Blutdruckwerte und Herzfrequenzen wurden gemessen? (Bitte geben Sie die 2 aktuellsten und den höchsten je gemessenen Wert an)		
in Ruhe	...../.....mmHG syst. / diast.	...../.....mmHG syst. / diast.	...../.....mmHG syst. / diast.
Herzfrequenz	...../Minute	...../Minute	...../Minute
Wert unter Medikation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.6	Ist der Blutdruck durch Medikamente beeinflusst? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8.7	Treten sonstige Arrhythmien auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8.8	Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen (Atemnot, Cyanose, Oedeme)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8.9	Sind Krampfadern vorhanden? (Stärke, Ausdehnung, Geschwüre, Narben)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8.91	Bestehen Thrombosen oder postthrombotische Syndrome?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



8.92	Bestehen Hinweise auf arterielle Durchblutungsstörungen? (periphere Pulse, Strömungs- oder Stenosegeräusche)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8.93	Halten Sie Herz und Kreislauf für gesund? Wenn nein, welche Erkrankung liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>9. Atmungsorgane</b>			
9.1	Besteht Heiserkeit? Husten? Wenn ja, seit wann, Ursache?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9.2	Normale Form und Wölbung des Brustkorbes? Wenn nein, welche Anomalie liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9.3	Ergeben Perkussion und Auskultation einen normalen Befund?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9.4	Halten Sie die Atmungsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>10. Verdauungsorgane</b>			
10.1	Krankhafter Befund an Zunge, Mandeln, Rachen? Wenn ja, welcher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.2	Ergeben Inspektion, Palpation und Perkussion des Bauches einen normalen Befund? (Magen, Leber, Gallenblase, Pankreas, Milz, Darm) Wenn nein, welchen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.3	Halten Sie die Verdauungsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>11. Harn- und Geschlechtsorgane</b>			
11.1	Harnuntersuchung	Eiweiß: Urobilinogen vermehrt? Sedimentbefund:	Zucker:
11.2	Halten Sie die Harn- und Geschlechtsorgane für gesund? Wenn nein, welches Leiden liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12	Wurde jemals eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>13 Bei Frauen</b>			

13.1	Besteht Verdacht auf eine Erkrankung der weiblichen Organe? Wenn ja, welches Leiden liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13.2	Bei Schwangerschaft: Ist mit einem normalen Verlauf zu rechnen? Wenn nein, warum nicht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14. Sonstiges			
14.1	Haben Sie weitere krankhafte und bisher nicht angegebene Befunde (z.B. Drüenschwellungen) festgestellt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14.2	Wurden der/dem Untersuchten krankhafte Befunde mitgeteilt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14.3	Die Untersuchung fand statt um.....Uhr <input type="checkbox"/> in meinem Sprechzimmer <input type="checkbox"/> in der Wohnung der/des Untersuchten		
<b>Bitte nehmen Sie nur die auf der ersten Seite angekreuzten Untersuchungen vor. Das entsprechende Honorar werden wir auf das von Ihnen genannte Konto überweisen.</b>			
Name des Kreditinstitutes		Kontonummer	Bankleitzahl
<p>Wichtig: Für die Risikobeurteilung sind auch andere Gesichtspunkte als das Ergebnis der Untersuchung maßgebend. Deshalb bitten wir Sie, dem Untersuchten/der Untersuchten wohl krankhafte Befunde mitzuteilen, aber kein Urteil über die Versicherungsfähigkeit abzugeben. Der Bericht darf dem Untersuchten/der Untersuchten oder einer anderen Mittelperson zur Weiterleitung an die Gesellschaft NUR verschlossen übergeben werden.</p>			
<hr/> Ort / Datum		<hr/> Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes	
<hr/> Ort / Datum		<hr/> Unterschrift der zu versichernden Person  (bei Minderjährigen der/die gesetzl. Vertreter; ab Alter 14 zusätzlich der/die Minderjährige)	
<u>Rücksendung der Unterlagen</u>  Canada Life Assurance Europe Ltd. Abteilung Risikoprüfung Postfach 1763 63237 Neu-Isenburg  Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an <b>06102-30619-00</b> oder <b>risikopruefung@canadalife.de</b>			

## **Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß §19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie alle Fragen im Antrag und die Ihnen gestellten Fragen, insbesondere Gesundheitsfragen, Fragen zu besonderen Risiken im beruflichen und privaten Bereich sowie Fragen über bereits abgeschlossene bzw. beantragte Lebensversicherungen, 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 Canada Life nachzuholen. Dies kann z.B. schriftlich über einen ggf. verfügbaren Papierantrag erfolgen. Alternativ kann Ihnen Ihr Vermittler auch einen individuellen Link zur Online-Risikoprüfung zusenden, sofern diese Möglichkeit für den jeweiligen Tarif besteht.

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.

Sie haben als Versicherungsnehmer die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen wir in Textform (z.B. schriftlich, per E-Mail oder in anderer lesbarer Form) bei Antragstellung und auch danach bis zum Zeitpunkt der Vertragsannahme durch uns gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Sollen nicht Sie, sondern ein Dritter versicherte Person werden, ist auch dieser – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige verantwortlich. Dies gilt für jede versicherte Person.

- a) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- b) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, 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. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- c) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt der Versicherungsvertrag. Für Verträge, die bedingungsgemäß die Auszahlung eines Rückkaufswerts vorsehen, zahlen wir den Rückkaufswert, sofern nicht bei Versicherungen innerhalb der betrieblichen Altersversorgung das Betriebsrentengesetz entgegensteht. Für alle anderen Verträge erlischt der Versicherungsvertrag, ohne dass ein Rückkaufswert fällig wird. Die Rückzahlung der Beiträge, die für die Zeit vor Wirksamwerden des Rücktritts gezahlt wurden, können Sie nicht verlangen.
- d) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag kündigen. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, den Vertrag zu kündigen.

- e) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der grob fahrlässig nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- f) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Eine solche rückwirkende Vertragsanpassung kann zum Verlust des Versicherungsschutzes für bereits eingetretene und zukünftige Versicherungsfälle führen. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, dass die anderen Bedingungen Vertragsbestandteil werden.
- g) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.
- h) 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.
- i) 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.