

GS-Eingang	RS	Direktions-Eingang	RS	Vers.-Schein-Nr.	PBD	OBD	IBD	BEZ	GA	
ADM1+PROD.-ANT.%	ADM2+PROD.-ANT.%	ADM3+PROD.-ANT.%	ADM4 – AS	Kooperationsfeld						

## INTER PrivatSchutz®

### Antrag auf eine Unfallversicherung bei der INTER Allgemeine Versicherung AG

Neuantrag  Änderungsantrag

Bereits INTER-Kunde  ja  nein Angebots-Nr. \_\_\_\_\_

#### A. Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Titel \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w  d

Ausgeübter Beruf bzw. Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Zuname \_\_\_\_\_

Öffentlicher Dienst  ja  nein

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

#### Ihr Status

Arbeitnehmer/in  Selbstständige/Selbstständiger seit \_\_\_\_\_

Freiberufler/in  Beamtin/Beamter seit \_\_\_\_\_

Adresszusatz \_\_\_\_\_

Schüler/in oder Student/in  Soldat/in

Hausfrau/Hausmann  Auszubildende/r

PLZ (für Straße) \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

#### Ihre Berufsgruppe

Heilwesen  Handwerker/in

Familienstand:  1 = ledig, 2 = verheiratet, 3 = geschieden, 4 = verwitwet,  
5 = eheähnliche Gemeinschaft, 6 = eingetragene Lebenspartnerschaft

Sind Sie Jäger/in?  Ja  Nein

Besteht eine Mitgliedschaft im Versorgungswerk der INTER?

ja, Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_  nein

#### Ihre Kommunikationsdaten

Telefon\* Privat \_\_\_\_\_ Geschäftlich \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Fax\* Privat \_\_\_\_\_ Geschäftlich \_\_\_\_\_

E-Mail\* Privat \_\_\_\_\_ Geschäftlich \_\_\_\_\_

\*freiwillige Angaben

#### Ihr Ja zu mehr Kontakt mit der INTER!

Ich bin damit einverstanden, dass die Gesellschaften der INTER Versicherungsgruppe\* und ihre für mich zuständigen Vermittler die von mir angegebenen Daten verwenden, um mich über von ihnen angebotene Versicherungs- und Finanzdienstleistungsprodukte und Services werblich zu informieren und mich im Rahmen der Markt- und Meinungsforschung (z.B. Befragungen zur Servicequalität) anzusprechen unter **Nutzung** der nachfolgend freiwillig von mir ausgewählten Kommunikationswege:

– Telefon  Privat  Geschäftlich  Mobil  auch SMS

– Fax  Privat  Geschäftlich

– E-Mail  Privat  Geschäftlich

Meine **Werbbeeinwilligung** kann ich jederzeit ganz oder teilweise ohne Auswirkung auf bestehende Vertragsverhältnisse widerrufen.

\*INTER Versicherungsverein aG, INTER Krankenversicherung AG, INTER Lebensversicherung AG, INTER Allgemeine Versicherung AG, Freie Arzt- und Medizinkasse der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG - FAMK, Bausparkasse Mainz AG -BKM

#### B. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die INTER Krankenversicherung AG<sup>1)</sup>, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Krankenversicherung AG<sup>1)</sup> auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich ermächtige die INTER Service GmbH<sup>2)</sup>, den Mitgliedsbeitrag des Versorgungswerkes von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Service GmbH<sup>2)</sup> auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w  d

Vorname \_\_\_\_\_ Zuname \_\_\_\_\_ Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

<sup>1)</sup> Die INTER Krankenversicherung AG, mit der Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00001899172, führt den Lastschrifteinzug auch für die INTER Lebensversicherung AG und die INTER Allgemeine Versicherung AG durch.

<sup>2)</sup> Gläubiger-Identifikationsnummer der INTER Service GmbH: DE51ZZZ00001899669

### C. Vorversicherung

Bevor Sie die Fragen beantworten, lesen Sie bitte das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“.

Wurde ein Versicherungsantrag abgelehnt?  ja  nein

Vorversicherung  
Besteht oder bestand bereits eine Vorversicherung?  ja  nein

Versicherer	Versicherungsnummer	Ablauf	Gekündigt von
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### D. Vertragsbeginn/Vertragsdauer

Hinsichtlich der Vertragsdauer besteht die Möglichkeit, eine Laufzeit von 1 oder 3 Jahren zu wählen.

Versicherung	Beginn	Ablauf	Vertragsdauer in Jahren	Dauerrabatt
_____	_____	_____ 12 Uhr	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3	_____ %

**Versicherungsverträge von mindestens einjähriger Dauer verlängern sich nach Ablauf der Vertragsdauer stillschweigend um ein Jahr, wenn nicht drei Monate vor Ablauf eine Kündigung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) zugegangen ist.**

### E. Tarif Basis Exklusiv Premium

Die Versicherung wird mit Zuwachs von Leistung und Prämie jährlich um 5 % erhöht (Modell 3).  Ein Zuwachs von Leistungen und Prämien wird nicht gewünscht.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Vorname	_____	_____	_____	_____
Nachname	_____	_____	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____	_____	_____
Geschlecht	_____	_____	_____	_____
Berufliche Tätigkeit	_____	_____	_____	_____
Gefahrengruppe	_____	_____	_____	_____
Bezugsberechtigung im Todesfall	_____	_____	_____	_____
<b>Tarifgruppen</b>	_____	_____	_____	_____
Invaliditätsgrundsumme	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Progression/Gliedertaxe	_____	_____	_____	_____
Invaliditätshöchstsumme	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Notfallkapital	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Notfallkapital Plus	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Hinterbliebenenschutz	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Krankenhaustagegeld	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Unfall-Rente/Monat	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Unfall-Rente Plus/Monat	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Schmerzensgeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PlusCare	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ReiseCare	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Prämie ohne Versicherungsteuer gemäß Zahlungsweise	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Zahlungsweise: 1/____-jährlich* Gesamt-Nettoprämie _____ EUR Gesetzl. Vers.-Steuer _____ EUR <b>Endprämie pro Fälligkeit</b> _____ EUR				

\*Ratenzahlungszuschläge bei unterjähriger Zahlung: 1/2-jährlich 3%, 1/4-jährlich 5% und monatlich 10%

### F. Gesundheitsfragen (nur bei Exklusiv/Premium auszufüllen)

Bevor Sie die Gesundheitsfragen beantworten, lesen Sie bitte das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“.

- Besteht bei der zu versichernden Person mindestens Pflegegrad 3 oder wurde bei ihr in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?  
Suchterkrankung (Behandlung wegen Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch), Herzinfarkt, Schlaganfall, Arterielle Verschlusskrankheit, Erkrankung mit Einnahme blutgerinnungshemmender Medikamente (z.B. Marcumar oder Falithron); Bluterkrankheit, Hirnblutung, Multiple Sklerose, Epilepsie, Parkinson, Demenz, Alzheimer, Glasknochenkrankheit, Osteoporose, Offener Rücken (Spina Bifida), Arthrose, Arthritis, Wirbelgleiten (Spondylolyse), Morbus Bechterew, Krebs, Diabetes, Sehbehinderung von -8 Dioptrien oder mehr?
- Hatte die zu versichernde Person innerhalb der letzten 5 Jahre mehr als ein Unfallereignis, bei dem sie entweder stationär im Krankenhaus behandelt oder ambulant operiert wurde?

<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>	<b>Person 3</b>	<b>Person 4</b>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bezeichnung der Krankheit, der Beschwerden oder verbliebenen Folgen. Behandlungszeit, Anschrift der Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## G. Sonstige Bemerkungen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## I. Kollektiv(rahmen)vertrag

Der Antragsteller tritt dem Versorgungswerk \_\_\_\_\_ bei.  
 Alternativ bestätigt der Antragsteller, dass die Firma, für die er, sein Ehegatte oder seine unterhaltspflichtigen Eltern als Arbeitnehmer oder Arbeitgeber tätig sind, dem Versorgungswerk bereits beigetreten ist.  
 Er bestätigt, dass die Voraussetzungen für die Aufnahme in den jeweiligen Kollektiv(rahmen)vertrag erfüllt sind.  
 Der Verband bzw. das Versorgungswerk wird hiermit bevollmächtigt, gemäß den Bestimmungen des Kollektiv(rahmen)vertrages alle das Versicherungsverhältnis betreffenden Willenserklärungen rechtswirksam abzugeben und von der INTER Allgemeine Versicherung AG entgegenzunehmen.  
 Zur Deckung der Verwaltungskosten des Versorgungswerks wird der in der Beitragsordnung festgelegte Mitgliedsbeitrag erhoben. Die Erhebung des Mitgliedsbeitrags erfolgt einmal jährlich zu Beginn des jeweiligen Kalenderjahres.  
 Für die Mitgliedschaft in Verbänden ist der Antrag auf Mitgliedschaft des jeweiligen Verbandes beizufügen.

**Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf Seite 6 „Wichtige Erklärungen und Hinweise“, insbesondere die „Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)“. Die Unterschrift des Antragstellers ggf. des gesetzlichen Vertreters gelten für alle beantragten Versicherungen. Unrichtige Beantwortung vorstehender Fragen nach Gefahrenumständen sowie arglistiges Verschweigen auch sonstiger Gefahrenumstände können den Versicherer berechtigen, den Versicherungsschutz zu versagen. Eine Durchschrift dieses Antrags wird Ihnen nach Unterschrift sofort ausgehändigt. Bestandteil des Antrags ist auch die Seite 6.**

**Wichtiger Hinweis: Über die Annahme Ihres Versicherungsantrags entscheiden wir auf der Grundlage Ihrer Antworten auf die gestellten Fragen. Unrichtige oder unvollständige Angaben können uns – je nach Grad Ihres Verschuldens und in Abhängigkeit von deren Bedeutung für uns – berechtigen, vom Vertrag zurückzutreten, ihn anzupassen, zu kündigen oder anzufechten. Sie können dadurch Ihren Versicherungsschutz verlieren, gegebenenfalls sogar rückwirkend für bereits eingetretene Versicherungsfälle!**  
**Bevor Sie die gestellten Fragen beantworten, lesen Sie deshalb bitte das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“, das diesem Antrag beigelegt ist.**

### Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelung des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die INTER Allgemeine Versicherung AG (INTER) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Assistance- und Pflegedienstleister, Rechtsanwälte weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die INTER selbst (unter 1.),
- Dieser Passus entfällt für die Unfallversicherung.
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der INTER (unter 2.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

#### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die INTER

**Ich willige ein, dass die INTER die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung und Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.**

#### 2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb der INTER

Die INTER verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit.

#### 2.1 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die INTER führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der INTER Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die INTER Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die INTER führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die INTER erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.inter.de](http://www.inter.de) eingesehen oder beim betrieblichen Datenschutzbeauftragten der INTER Versicherungsgruppe (Anschrift: INTER Versicherungsgruppe – Datenschutzbeauftragter, Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim; E-Mail: [datschutzbeauftragter@inter.de](mailto:datschutzbeauftragter@inter.de)) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die INTER Ihre Einwilligung.

**Ich willige ein, dass die INTER meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die INTER dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der INTER Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.**

## 2.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die INTER Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die INTER Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die INTER aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die INTER das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die INTER unterrichtet.

**Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die INTER tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.**

## 2.3 Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Die INTER gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag geschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

**Ich willige ein, dass die INTER meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.**

## 3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die INTER im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragsstellung.

**Ich willige ein, dass die INTER meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.**

## Widerrufsbelehrung

### Abschnitt 1

#### Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

##### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
  - die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
  - diese Belehrung,
  - das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
  - und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen
- jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: INTER Allgemeine Versicherung AG, Erzberger Str. 9-15 in 68165 Mannheim (oder Postfach 10 16 16, 68016 Mannheim). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0621 427-944, per E-Mail an die E-Mail-Adresse: [Widerruf@inter.de](mailto:Widerruf@inter.de).

##### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten. Von der im Versicherungsantrag ausgewiesenen und von Ihnen gezahlten Prämie erhalten Sie den Anteil zurückerstattet, der für die Gewährung von Versicherungsschutz nach Zugang Ihrer Widerrufserklärung bei uns gezahlt wurde. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

##### Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

**Abschnitt 2**  
**Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen**

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

**Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen**

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder –gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
7. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;  
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor Ende der Widerrufsfrist beginnt. Durch meine Unterschrift gebe ich die vorgenannten Vertragserklärungen ab.

Ich bestätige als Vermittler, dass außer den hier gemachten Angaben mir gegenüber weder mündlich noch schriftlich weitere Erklärungen abgegeben wurden. Das 6-seitige Antragsformular wird vollständig von mir eingereicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Vermittlernummer (eigene bzw. Ihres Pools)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters,  
falls Antragsteller minderjährig ist

\_\_\_\_\_  
Eigene IHK Registrierungsnummer

\_\_\_\_\_  
Person 1 (falls nicht Antragsteller)

\_\_\_\_\_  
Person 2

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift des Vermittlers  
(zwingend erforderlich)

\_\_\_\_\_  
Person 3

\_\_\_\_\_  
Person 4

Dieser Antrag umfasst 6 Seiten. Diese habe ich zur Kenntnis genommen, insbesondere „Wichtige Erklärungen und Hinweise“.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters,  
falls Antragsteller minderjährig ist

**Empfangsbestätigung**

Ich bestätige, dass ich

- das „Merkblatt zur Datenverarbeitung“
- das Informationsblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“ (Rechtsfolgenbelehrung § 19, Abs. 5 VVG)
- die „Informationen gem. § 1 VVG-InfoV“
- das „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“ (Unfallversicherung)
- Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2022) – entsprechend der ausgewählten Tariflinie erhalten habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

an ko uv2 2203

U99970220110000



110000

# Wichtige Erklärungen und Hinweise

## Allgemeine Hinweise und Verbraucherinformationen

- Für die Versicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und das Recht der Bundesrepublik Deutschland.
- Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen – Graurheindorfer Straße 108 · 53117 Bonn.  
Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Damit ist für Sie als besonderer Service die Möglichkeit eröffnet, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Sie müssten die Beschwerde innerhalb von acht Wochen einreichen. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei.  
Versicherungsombudsmann e.V.  
Postfach 080 632, 10006 Berlin  
Tel.: 01804 224424, Fax: 01804 224425  
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
- Nebenabreden mit dem Vermittler sind ungültig. Der Vermittler ist nicht berechtigt, über die Bedeutung oder Erheblichkeit der in diesem Antrag gestellten Fragen verbindliche Erklärungen namens des Versicherers abzugeben. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich auch dann verantwortlich, wenn ein Dritter, z.B. der Vermittler, den Antrag niederschreibt.
- Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrages werden nicht erhoben. Die Vermittler der INTER Versicherungsgruppe sind nicht berechtigt, Prämien zu kassieren.
- Vertragsgrundlagen (sofern vereinbart):
  - Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2022) gemäß Tarif unterteilt in BASIS, EXKLUSIV und PREMIUM.
  - Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit jährlicher Erhöhung der Versicherungssummen und Beitrag
  - Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen für bestimmte Berufsgruppen
  - Besondere Bedingungen für Service-Leistungen
  - Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 350 Prozent)
  - Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 500 Prozent)
  - Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 650 Prozent)
  - Besondere Bedingungen für die Versicherung der erhöhten Gliedertaxe „Arm & Sinne“
  - Besondere Bedingungen für die Versicherung der erhöhten Gliedertaxe „Arm & Bein“
- Keine Dynamik für Service-Leistungen.
- Embargobestimmung  
Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen –

Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

## Gefahrengruppen

Die Prämien werden nach folgenden Gefahrengruppen berechnet:

**Gefahrengruppe A** Personen ohne körperliche und ohne handwerkliche Berufsarbeit.

**Gefahrengruppe B** Personen mit (wenn auch nur gelegentlicher) körperlicher oder handwerklicher Berufsarbeit.

### Besonderheiten

Übt eine Person Tätigkeiten der Gefahrengruppe A und der Gefahrengruppe B aus, so wird die Prämie nach der Gefahrengruppe B berechnet.

### Nicht versicherbare Berufe:

Bergleute unter Tage, Taucher, Spreng- und Räumpersonal für Kriegsmunition, Lizenzfußballspieler, Rennfahrer, Rennreiter, Eiskunstläufer, Akrobaten, Tierbändiger, Kunstreiter, Berufsringler, Berufsboxer, Artisten, u.a.

## Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. – GDV – zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass die Vermittler meine allgemeinen Antrags-,

Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

## Tarifrabatte

### für Mitglieder im Versorgungswerk

Mitglieder in Versorgungswerken, die einen Kollektivrahmenvertrag mit der INTER Versicherungsgruppe haben, erhalten einen Prämiennachlass von 10 %.

Die Berechtigung für den Nachlass durch Mitgliedschaft in einem der vorgenannten Versorgungswerke ist vom Versicherungsnehmer nachzuweisen.

Der Nachlass entfällt bei Beendigung der Mitgliedschaft im Versorgungswerk ab der auf den Austritt folgenden Hauptfälligkeit des Versicherungsvertrages.

### für Mitarbeiter im öffentlichen Dienst

Mitarbeiter im öffentlichen Dienst (Beamte, Angestellte, Arbeiter) erhalten einen Nachlass in Höhe von 10 % auf die Gesamtprämie. Die Beschäftigung im öffentlichen Dienst ist nachzuweisen.

Die Berechtigung für den Rabatt für den öffentlichen Dienst entfällt bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses ab der auf den Zeitpunkt der Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses folgenden Hauptfälligkeit.

Im Falle der Pensionierung oder Rente besteht der Rabattanspruch weiterhin.

### Meister-Rabatt

– für Berufe der Gefahrengruppe A 10 %

– für Berufe der Gefahrengruppe B 20 %

Personen, die einen Meisterbrief vorweisen können und diesen Beruf auch ausüben, erhalten je nach Gefahrengruppen-Einstufung einen Prämiennachlass von 10 % bzw. 20 %.

Der Nachlass entfällt, wenn die Person in Rente/Ruhestand geht, spätestens jedoch im Alter von 70 Jahren.

### Azubi-Rabatt

– für Berufe der Gefahrengruppe A 10 %

– für Berufe der Gefahrengruppe B 20 %

Personen, die eine Ausbildung absolvieren, erhalten für die Dauer der Ausbildung einen Prämiennachlass von 10 % bzw. 20 % (je nach Gefahrengruppen-Einstufung).

Der Nachlass entfällt nach Beendigung der Ausbildung. Der Versicherungsnehmer ist insoweit anzeigepflichtig.

### Familienrabatt

Sofern mindestens 2 Personen versichert werden, wird ein Prämiennachlass von 10 % gewährt.

## Anhang zur Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe, namentlich

- INTER Versicherungsverein aG
- INTER Krankenversicherung AG
- INTER Lebensversicherung AG
- INTER Allgemeine Versicherung AG

Anschrift: Erzbergerstraße 9-15, 68165 Mannheim

sowie

- die Freie Arzt- und Medizinkasse der Angehörigen der Berufsfeuerwehr und der Polizei VVaG

Anschrift: Hansaallee 154, 60320 Frankfurt am Main

übertragen gemäß Ziffer 3.2 bzw. gemäß Ziffer 2.1 Aufgaben auf folgende andere Stellen (Unternehmen und Personen):

### I. Aufgabenübertragung innerhalb der INTER Versicherungsgruppe

Bestimmte Aufgaben werden innerhalb der INTER Versicherungsgruppe von einem Unternehmen für alle oben genannten Versicherungsunternehmen der Gruppe wahrgenommen.

Hierzu gehören der Betrieb des (telefonischen) Kundenservices, die Durchführung des Beitragsinkassos und der Betrieb des Rechenzentrums sowie der gesamten Informationstechnologie.

Zu diesem Zweck führen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe Kundendaten in einer gemeinsamen Datensammlung.

### II. Liste der Stellen, mit denen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe derzeit zusammenarbeiten

Stelle:	übertragene Aufgabe:
1. Brinkmann Rechtsanwälte Hülchrather Straße 35 50670 Köln	außergerichtliches und gerichtliches Beitragsinkasso
2. Eufoma AG, Hülchrather Straße 35, 50670 Köln	Forderungsmanagement
3. HL Casework GmbH Brücklesäckerstraße 2 74248 Ellhofen	medizinische Dienstleistungen
4. IMB Consult GmbH Amtsman-Ilbing-Straße 10 44805 Bochum	Durchführung von medizinischen Begutachtungen

5. infoscore Consumer Data GmbH  
Bonitätsauskünfte (inkl. Scoring)  
Rheinstraße 99  
76532 Baden-Baden

6. MD Medicus AssistanceService GmbH  
Assistance-Leistungen  
Industriestraße 2a  
67063 Ludwigshafen

7. MEDICPROOF GmbH  
Durchführung von medizinischen  
Begutachtungen  
Gustav-Heinemann-Ufer 74a  
50968 Köln

8. Rhenus Data Office GmbH  
Aktenvernichtung  
Industriestraße 5  
48301 Nottuln

9. ViaMED GmbH  
medizinische Dienstleistungen  
Motorstraße 52  
70499 Stuttgart

### III. Weitere Stellen, mit denen die Unternehmen der INTER Versicherungsgruppe zusammenarbeiten

- Kategorien:**
- Assistance-Dienstleister
  - Auskunfteien
  - Hilfsmittelanbieter
  - Inkasso-Unternehmen
  - IT-Dienstleister
  - Medizinische Gutachter
  - Medizinische Dienstleister

8. Rechtsanwälte, Rechtsanwaltskanzleien

Eine aktuelle Version dieser Dienstleisterübersicht ist im Internet unter [www.inter.de](http://www.inter.de) einsehbar.

### übertragene Aufgabe:

Erbringung von Assistance-Leistungen  
Adressrecherchen, Bonitätsauskünfte (inkl. Scoring)  
Versorgung mit Hilfsmitteln  
Beitragsinkasso, Beitreibung sonstiger Forderungen  
IT-Dienstleistungen  
Erstellung von Gutachten  
Erbringung medizinischer Serviceleistungen wie z.B. krankheitsspezifischer Coaching- und Beratungsleistungen  
Rechtsberatung, außergerichtliche und gerichtliche Vertretung

# Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen



Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,  
um über die Annahme Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrags entscheiden oder ein verbindliches Angebot für den von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz abgeben zu können, müssen wir das individuelle Risiko einschätzen. Zu diesem Zweck stellen wir Ihnen Fragen in Textform, die Sie bitte genau lesen und beantworten. Falsche oder unvollständige Angaben können den Bestand Ihres Vertrages und Ihren Versicherungsschutz gefährden.  
Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht und die Rechtsfolgen, die im Falle der Verletzung dieser Pflicht eintreten können, sind in §§ 19 – 22 des Versicherungsvertragsgesetzes geregelt. Bitte lesen Sie auch den unten abgedruckten Gesetzestext.

## 1. Welche vorvertragliche Anzeigepflicht besteht?

Sie erfüllen Ihre Anzeigepflicht, wenn Sie die gestellten Fragen vollständig und richtig beantworten. In Ihren Antworten müssen Sie angeben, was Ihnen – und wenn ein Vertreter für Sie handelt, auch diesem – und den zu versichernden Personen bekannt ist. Benötigen wir aufgrund Ihrer Angaben weitere Auskünfte, können wir Nachfragen an Sie richten. Wir können Sie auch bis zum Abschluss des Versicherungsvertrages danach fragen, ob zwischenzeitlich Risikoveränderungen eingetreten sind.

## 2. Welche Rechtsfolgen können eintreten, wenn die Anzeigepflicht verletzt wird?

Die Rechtsfolgen richten sich danach, ob die Anzeigepflicht unverschuldet oder schuldhaft verletzt wurde und welcher Grad des Verschuldens vorliegt. Machen Sie geltend, die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich verletzt zu haben, müssen Sie einen nur geringeren Verschuldensgrad oder fehlendes Verschulden nachweisen.

### a) Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung können wir vom Vertrag zurücktreten. Versicherungsschutz besteht dann nicht, es sei denn die Anzeigepflichtverletzung ist weder für den Eintritt noch die Feststellung oder den Umfang der Leistungsverpflichtung ursächlich. Die Prämie gebührt uns bis zum Zugang der Rücktrittserklärung. Bei einer Lebensversicherung haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

### b) Kündigung

Bei einfach fahrlässiger oder unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung sind wir unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zur Kündigung des Vertrages berechtigt. In der Krankenversicherung ist bei unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung keine Kündigung möglich. Bei einer Lebensversicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag in eine prämienfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

### c) Vertragsänderung

Der Rücktritt wegen grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung und die Kündigung wegen fahrlässiger oder unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung sind ausgeschlossen, wenn wir bei Kenntnis von dem nicht angezeigten Umstand den Versicherungsvertrag zu anderen Bedingungen (z. B. mit Risikoausschluss oder gegen Prämienzuschlag) geschlossen hätten. Wir können verlangen, dass der Vertrag mit Wirkung ab Vertragsschluss entsprechend angepasst wird, im Fall der unverschuldeten Anzeigepflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode. Der Versicherungsschutz und der Prämienanspruch richten sich dann rückwirkend zu den genannten Zeitpunkten nach dem geänderten Vertragsinhalt. Erhöht sich durch die Vertragsänderung die Prämie 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. In der Krankenversicherung ist bei unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung keine Vertragsanpassung möglich.

### d) Anfechtung

Bei arglistiger Täuschung sind wir zur Anfechtung des Versicherungsvertrags berechtigt, mit der Folge, dass dieser von Anfang an nichtig ist. Es besteht zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz, eventuell erbrachte Versicherungsleistungen sind zurückzugewähren und die Prämie gebührt uns bis zum Zugang der Anfechtungserklärung.

## 3. Wann können wir keine Rechte wegen einer Anzeigepflichtverletzung geltend machen?

Wir können unsere Rechte nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung durch schriftliche Erklärung ausüben, bei Arglistanfechtung formfrei innerhalb eines Jahres. Wir müssen – außer bei Arglistanfechtung – alle Umstände innerhalb der Monatsfrist angeben, auf die wir unsere Rechtsausübung stützen. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren (bei Krankenversicherungen: 3 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. War uns die Anzeigepflichtverletzung oder der nicht angezeigte Umstand bei Vertragsschluss bekannt, können wir keine Rechte wegen Anzeigepflichtverletzung ausüben.

## 4. 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, der Arglistanfechtung 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.

## Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz: §§ 19 – 22

### § 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

### § 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

### § 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

### § 22 Arglistige Täuschung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt..