

## Versicherungsnehmer

Frau  Herr Vorname, Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Telefon (privat) \_\_\_\_\_ Telefon (mobil) \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## Versicherte Person 1 (falls abweichend vom Versicherungsnehmer)

Frau  Herr Vorname, Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Versicherungssumme:** \_\_\_\_\_ Euro (zw. 3.000 und 12.500 Euro)

Ich wünsche ein **Vorsorge-Paket.**  Basis (4.750 Euro)  Komfort (7.000 Euro)  Premium (10.000 Euro)

**Ende der Beitragszahlung:**  Mit Vollendung des 65. Lebensjahrs  Mit Vollendung des 85. Lebensjahrs  nach \_\_\_\_ Jahren  Einmalzahlung

**Versicherungsbeginn:** \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 20\_\_ **Beitrag:** \_\_\_\_\_ Euro  monatlich  ¼-jährlich  ½-jährlich  jährlich  Einmalbeitrag

(Sollten Sie keinen Versicherungsbeginn angeben, beginnt Ihr Vertrag zum 1. des nächsten Monats.)

## Versicherte Person 2

Frau  Herr Vorname, Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Versicherungssumme:** \_\_\_\_\_ Euro (zw. 3.000 und 12.500 Euro)

Ich wünsche ein **Vorsorge-Paket.**  Basis (4.750 Euro)  Komfort (7.000 Euro)  Premium (10.000 Euro)

**Ende der Beitragszahlung:**  Mit Vollendung des 65. Lebensjahrs  Mit Vollendung des 85. Lebensjahrs  nach \_\_\_\_ Jahren  Einmalzahlung

**Versicherungsbeginn:** \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 20\_\_ **Beitrag:** \_\_\_\_\_ Euro  monatlich  ¼-jährlich  ½-jährlich  jährlich  Einmalbeitrag

(Sollten Sie keinen Versicherungsbeginn angeben, beginnt Ihr Vertrag zum 1. des nächsten Monats.)

## Mitversicherte Kinder

Kind 1: Vorname, Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w  
Kind 2: Vorname, Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w  
Kind 3: Vorname, Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w

Weitere Kinder bitte auf einem gesonderten Blatt Papier mitteilen (Vorname, Name, Geburtsdatum und Geschlecht).

## Trauerfall-Vorsorge

Ich wünsche eine Trauerfall-Vorsorge:  mit Gesundheitsprüfung (bitte beantworten Sie die unten stehenden Gesundheitsfragen)  
 ohne Gesundheitsprüfung (mit Wartezeit)

## Gesundheitserklärung (nur auszufüllen bei Trauerfall-Vorsorge mit Gesundheitsprüfung)

(gilt für Sie bzw. die Personen, für die eine Trauerfall-Vorsorge abgeschlossen wird)

- |  | Versicherte Person 1        |                               | Versicherte Person 2        |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Leiden oder litten Sie innerhalb der letzten 5 Jahre an einer der folgenden Erkrankungen/ Gesundheitsstörungen: Herzinfarkt, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, der Herzklappen, Herzmuskelschaden, Bypass-Operation, Schlaganfall, Krebs/Leukämie, chronische Nierenerkrankungen, Multiple Sklerose, Muskelschwund, Lähmungen, Diabetes, Alkohol-/Drogenmissbrauch, HIV-Infektion (AIDS), psychische Erkrankungen, COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung), neurologische Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Haben Sie in den letzten 5 Jahren wegen anderer Erkrankungen ärztliche Hilfe (z. B. Beratung, Behandlung, Medikamentenverordnung, Kur- oder Klinikaufenthalte) über einen Zeitraum von insgesamt mehr als 3 Monaten in Anspruch genommen? (Nicht anzugeben sind Erkrankungen - einschließlich Unfällen und Verletzungsfolgen - des Bewegungsapparates sowie Schwangerschaften.)   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Wenn Sie eine der beiden Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, geben Sie bitte hier die Erkrankung und/oder Art und Dauer der Behandlung/Medikation sowie Namen und Anschrift des behandelnden Arztes an (nutzen Sie hierzu ggf. ein gesondertes Blatt Papier). **Die unvollständige oder falsche Beantwortung kann nachteilige Folgen für Ihren Versicherungsschutz haben. Nähere Informationen hierzu entnehmen Sie bitte den umseitigen Informationen (Folgen falscher/unvollständiger Angaben vor Vertragsschluss).**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Monuta Verzekeringen N.V. bis auf Widerruf zur Einziehung der Monatsbeiträge/der Einmalzahlung von folgendem Konto:

Bankverbindung (Name der Bank) \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Kontonummer \_\_\_\_\_

Kontoinhaber (*nur falls nicht identisch mit dem Versicherungsnehmer*): Vorname und Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Ich handele für eigene Rechnung:  Ja  Nein

Falls Sie nicht für eigene Rechnung handeln: Für wen? (Name, Anschrift): \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber \_\_\_\_\_

## Auszahlung der Versicherungsleistung – Bezugsberechtigter

Frau  Herr Bezugsberechtigter (Vorname und Name) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

(Sollten Sie keine Person benennen, wird die Versicherungsleistung im Sterbefall an den Versicherungsnehmer bzw. an dessen gesetzlichen Erben ausgezahlt.)

## Empfangsbestätigung, Schlusserklärung und Unterschrift

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift**, dass ich die folgenden Informationen/Unterlagen – insbesondere die darin enthaltene **Widerrufsbelehrung** – in Textform (schriftlich per Post, per Fax, per E-Mail oder per Download als pdf-Datei unter <http://www.monuta.de/Vertragsinformationen>) vor Antragstellung erhalten/zur Kenntnis genommen habe: Produktinformationsblatt; Modellrechnung; Darstellung der Rückkaufswerte und beitragsfreien Versicherungssumme; Kundeninformationen (Allgemeine und Besondere); Allgemeine Versicherungsbedingungen MVD09\_200, Ergänzende Bedingungen MVD09\_700; Ergänzende Bedingungen für die Zusatzleistungen ohne Mehrbeitrag; Allgemeine Angaben über die Steuerregelungen; Merkblatt zur Datenverarbeitung.

**Ich stimme ferner zu, dass der vereinbarte Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist liegen kann.**

**WICHTIG:** Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die umseitig abgedruckten Hinweise und Erklärungen, die wichtiger Bestandteil des Vertrages sind. Diese enthalten eine Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht, die Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz. Durch Ihre Unterschrift werden diese zum Inhalt des Antrags.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem die Kenntnisnahme und das Einverständnis mit den umseitig abgedruckten Hinweisen und Erklärungen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherte Person 1 (falls abweichend vom Versicherungsnehmer) \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherte Person 2 \_\_\_\_\_

### **Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz**

Ich willige bis auf Widerruf ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, 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 an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. 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 Monuta Verzekeringen N.V. meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vertreter dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte. Das Merkblatt ist Bestandteil der beigefügten Vertragsinformationen/Unterlagen.

### **Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht**

Um Ihren Antrag zügig prüfen zu können, sind wir regelmäßig auf Auskünfte Dritter zu den Gesundheitsverhältnissen bei Vertragsabschluss angewiesen. Hierzu benötigen wir eine Erklärung der zu versichernden Person, mit der z.B. Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser oder Behörden sowie andere Personenversicherer von ihrer Schweigepflicht entbunden werden. Ebenfalls ist eine Entbindung von der Schweigepflicht erforderlich, wenn Leistungen aus dem Versicherungsvertrag verlangt werden und diese Ansprüche von uns zu prüfen sind. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie was folgt:

Ich willige ein, dass der Versicherer - soweit die Kenntnis dieser personenbezogenen Gesundheitsdaten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder Leistungspflicht erforderlich ist - insbesondere zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben, alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, anderen Personenversicherer und gesetzlichen Krankenkassen, sowie Berufsgenossenschaften und Behörden über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsschluss befragt. Der Versicherer darf auch die Ärzte, die die Todesursache feststellen und die Ärzte, die mich in den letzten 2 Jahren vor meinem Tode untersuchen und/oder behandeln werden, sowie die Behörden (mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern) über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tod geführt haben, befragen. Ich entbinde insoweit alle Vorgenannten, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

Vor einer Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten bei den genannten Personen/Stellen bin ich hierüber zu unterrichten. Ich kann dann der Erhebung widersprechen. Darüber hinaus kann ich jederzeit verlangen, dass eine Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten nur erfolgt, wenn jeweils von mir in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.

### **Folgen falscher/unvollständiger Angaben vor Vertragsschluss (Anzeigepflichtverletzung); Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG:**

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsschluss in Textform gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantworten (vorvertragliche Anzeigepflicht). Soll eine andere Person versichert werden, so ist auch diese verpflichtet die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Bei Verletzung dieser Pflicht ergeben sich – abhängig vom Grad Ihres Verschuldens – die folgenden Rechtsfolgen:

#### **1. Rücktrittsrecht; Vertragsanpassung**

Wir können vom Vertrag zurücktreten, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt haben. Im Falle des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Das Rücktrittsrecht entfällt, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt wurde.

Das Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht ist ausgeschlossen, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen hätten. In diesem Fall werden auf unser Verlangen die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil (Vertragsanpassung). Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, so werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erfolgt der Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls so sind wir dennoch zur Leistung verpflichtet wenn uns nachgewiesen wird, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Auch in diesem Fall ist Monuta jedoch nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.

Wird der Versicherungsvertrag durch Rücktritt beendet, so zahlen wir den Rückkaufswert aus. Der Beitrag steht uns bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung zu.

#### **2. Kündigungsrecht; Vertragsanpassung**

Erfolgte die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig, so können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen hätten. In diesem Fall werden auf unser Verlangen die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil (Vertragsanpassung). Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, so werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Im Falle der Beendigung des Versicherungsvertrags durch Kündigung, wandelt sich die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung um (vgl. Artikel 10 MVD09-200), sofern der erforderliche Mindestbetrag erreicht wird. Andernfalls wird – soweit vorhanden – der Rückkaufswert ausbezahlt.

#### **3. Weitere Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte**

Das Recht auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung steht uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir können uns auf die vorstehend genannten Rechte nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir müssen unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung 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. Wir müssen dabei die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

#### **4. Ihre Rechte im Falle einer Vertragsanpassung**

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung 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 fristlos in Schriftform kündigen.

#### **5. Anfechtung**

Wurde durch die unrichtigen oder unvollständigen Angaben bewusst und gewollt auf unsere Entscheidung zum Abschluss des Vertrages Einfluss genommen, so können wir den Vertrag auch anfechten. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Im Falle der Anfechtung besteht kein Versicherungsschutz.

#### **6. 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, und der Vertragsanpassung für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist 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.

Stand: 04/2010