

ANTRAG



auf Sterbegeldversicherung zur Trauerfall-Vorsorge

Antrag auf Sterbegeldversicherung zur Trauerfall-Vorsorge

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN SCHREIBEN

Vertriebspartnernummer

Antragsnummer

Tarif

Versicherungsnehmer – Antragsteller

Frau Herr Vorname Name _____ Titel _____ Geburtsdatum _____

Straße Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon (privat) _____ Telefon (mobil) _____ E-Mail _____

Versicherte Person

- Versicherte Person ist identisch mit Versicherungsnehmer
- Versicherte Person ist nicht Versicherungsnehmer

Frau Herr Vorname Name _____ Titel _____ Geburtsdatum _____

Straße Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Trauerfall-Vorsorge

VERSICHERUNGSSUMME

5.000 € 7.500 € 10.000 € 15.000 € _____ anderer Betrag in €

ENDE DER BEITRAGSZAHLUNG

Mit Vollendung des 65. Lebensjahres Mit Vollendung des 85. Lebensjahres nach _____ Jahren Einmalzahlung

VERSICHERUNGSBEGINN & BEITRAG

Versicherungsbeginn _____ Beitrag _____ € monatlich ¼-jährlich ½-jährlich jährlich Einmalbeitrag

(1. oder 15. eines Monats – sollten Sie keinen Versicherungsbeginn angeben, beginnt Ihr Vertrag zum 1. des nächsten Monats)

KOSTENFREI MITVERSICHERTE KINDER

Vorname Name _____ Geburtsdatum _____ männl. weibl.

Vorname Name _____ Geburtsdatum _____ männl. weibl.

Bitte tragen Sie hier Ihre leiblichen und adoptierten Kinder unter 18 Jahre ein. Gemäß der aktuell gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind diese ohne zusätzliche Kosten bis zu einer Summe von 2.500 € mitversichert. Weitere Kinder sollten bitte auf einem gesonderten Blatt Papier mitgeteilt werden. (Name, Vorname, Geburtstag und Geschlecht)

Bezugsberechtigte Person

Bitte tragen Sie hier eine Person ein, die im Sterbefall die Versicherungsleistung erhält. Wählen Sie die gesetzliche Erbfolge, muss ein Erscheinen angefordert werden, was die Auszahlung erheblich verzögern kann.

Frau Herr Vorname Name _____ Titel _____ Geburtsdatum _____

Straße Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Tarifwahl

mit Gesundheitsbestätigung

oder

mit Wartezeit **TARIF MIT GESUNDHEITSBESTÄTIGUNG:** keine Wartezeit

Hiermit bestätige ich, dass keine der unten angegebenen Erkrankungen bei mir vorliegen und ich innerhalb der letzten 5 Jahre wegen keiner der unten genannten Beschwerden bzw. Erkrankungen ärztlich untersucht, beraten oder behandelt wurde:

- Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, Bluthochdruck
- Krebs (aller Organe, Haut, Blut und Lymphe)
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Erkrankungen der inneren Organe, des Blutes, schwere Infektionserkrankungen
- Psychische und neurologische Erkrankungen

In den letzten 5 Jahren lagen folgende der oben angegebenen Erkrankungen bei mir vor bzw. wurde ich dazu ärztlich untersucht, beraten oder behandelt:

TARIF MIT WARTEZEIT: Wartezeit von 24 Monaten ab Versicherungsbeginn, keine Gesundheitsbestätigung

Ich bestätige, dass ich das Produktinformationsblatt, die aktuell gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Allgemeine Angaben über die Steuerregelungen und das Merkblatt zur Datenverarbeitung vor Antragstellung erhalten und zur Kenntnis genommen habe.

WICHTIG! Bevor Sie die Fragen in diesem Antrag beantworten, lesen Sie bitte unbedingt die Hinweise auf Seite 5 zu den Folgen einer unvollständigen oder unrichtigen Beantwortung (bis hin zum Verlust von Versicherungsschutz).

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer	Ort, Datum	Unterschrift versicherte Person (falls abweichend vom Versicherungsnehmer)
	X		X

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Monuta Versicherungen bis auf Widerruf zur Einziehung der Beiträge/ Einmalzahlung mittels Lastschrift von meinem Konto. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Monuta Versicherungen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Wirtschaftlich Berechtigter
Vorname Name (nur falls nicht identisch mit dem Versicherungsnehmer)

Straße Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____ Geburtsdatum _____

Ich schließe den Vertrag auf eigene Rechnung und Veranlassung ab

- Ja Falls Sie nicht für eigene Rechnung handeln: Für wen?
 Nein (Vorname Nachname, Anschrift)

Monuta Versicherungen –
Niederlassung Deutschland

Monuta-Identifikationsnummer (Gläubiger-Identifikationsnummer):
NL89ZZ080277735980

Postfach 29 02 21, 40529 Düsseldorf

Mandatsreferenz: wird mit dem Versicherungsschein mitgeteilt

Name der Bank

IBAN _____

BIC ¹⁾ _____ 1) sofern zur Hand

- Kontoinhaber identisch mit Versicherungsnehmer Kontoinhaber ist nicht Versicherungsnehmer

Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber
	X

WICHTIG: Das SEPA-Lastschriftmandat ist nur mit Datum, Ort und Unterschrift gültig!

Information zu Datenverarbeitung und Datenschutz, Einwilligung in die Datenverarbeitung

1. Notwendigkeit der Datenverarbeitung

Wir, die Monuta Verzekeringen N. V., sowie die Monuta Versicherungen, Niederlassung Deutschland – im Folgenden beide zusammengefasst: Monuta – können ihre Aufgaben und Pflichten als Versicherer nur erfüllen, wenn wir Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten, d. h. insbesondere erheben, speichern und, wenn erforderlich, an Dritte weiterleiten. Ebenso sind wir darauf angewiesen, Ihre Daten elektronisch zu verarbeiten. Dazu greifen wir unter Umständen auf externe Dienstleister zurück. Mit diesem Merkblatt möchten wir Sie über Rechtsgrundlagen, Inhalt und Umfang der Verarbeitung personenbezogener Daten sowie über Ihre Rechte informieren. Auch möchten wir Sie bitten, in diese Datenverarbeitung einzuwilligen, damit wir unseren Aufgaben als Versicherer für Sie nachkommen können.

2. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten sind für uns die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sowie das Telemediengesetz (TMG). Danach ist die Verarbeitung von Daten zulässig, wenn das Gesetz sie erlaubt oder der Betroffene eingewilligt hat. Erlaubt ist die Datenverarbeitung ebenfalls dann, wenn sie im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses erforderlich ist. Ebenfalls erlaubt ist sie außerdem, soweit sie zur Wahrung berechtigter Interessen des Verantwortlichen erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass Ihr schutzwürdiges Interesse als betroffene Person an dem Ausschluss der Datenverarbeitung überwiegt. Die oben genannten Erlaubnisse zur Datenverarbeitung durch die mit Ihnen geschlossene Vereinbarung umfassen grundsätzlich nicht die Verarbeitung besonders sensibler Daten (z.B. Gesundheitsdaten). **Hierzu bedarf es einer gesonderten Einwilligungserklärung.**

3. Inhalt und Umfang der Datenverarbeitung

Wir erheben und speichern die folgenden Daten, soweit dies zur Prüfung eines Versicherungsantrags sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsvertrages zwischen Ihnen und Monuta erforderlich ist:

- **Personenstammdaten:** wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail-Anschrift, **Gesundheitsdaten**, Versorgungswünsche, Bankverbindungsdaten etc.
- **Vertragsstammdaten:** wie Antragsdaten (Daten, die mit dem Antrag auf Abschluss einer Versicherung von Ihnen gemacht werden), Vertragsdaten zu einem konkreten Vertrag (wie z. B. Versicherungsscheinnummer, Versicherungssumme, Laufzeit, Beitrag, Bankverbindung) und Leistungsdaten (Daten bei Eintritt des Schadens- oder Leistungsfalles).
- **Daten zur Identitätsprüfung nach dem Geldwäschegesetz (GwG):** außer den Personenstammdaten (Vorname, Nachname, Geburtsdatum und Anschrift) erhebt und speichert die Monuta auch die Daten über die Prüfung Ihrer Identität sowie die Dokumente, anhand derer die Prüfung vorgenommen wurde (Unterlagen aufgrund von Ident-Verfahren, Personalausweiskopie o. ä.). Hiervon werden ebenso die Daten und Unterlagen betreffend versicherter Personen, wirtschaftlich Berechtigter oder Bezugsberechtigter erfasst, wenn diese von Ihnen als Versicherungsnehmer abweichen sollten.

4. Weiterleitung an Dritte

Wenn und soweit dies erforderlich ist, geben wir Personenstammdaten, Vertragsdaten und Daten zur Identitätsprüfung nach dem GwG, auch im Falle einer Aktualisierung, an die nachfolgend beschriebenen Empfänger weiter:

4.1 Konzernzugehörige Unternehmen

Unternehmen, die mit uns gesellschaftsrechtlich verbunden sind. Dazu zählen insbesondere die folgenden Unternehmen:

- **Monuta Verzekeringen N. V., Schumanpark 11, 7336 AM Apeldoorn**
- **Monuta Uitvaartgroep, Schumanpark 11, 7336 AM Apeldoorn**
- **Monuta Uitvaartverzorging, Schumanpark 11, 7336 AM Apeldoorn**
- **Monuta Versicherungen Niederlassung Deutschland, Niederkasseler Lohweg 191, 40547 Düsseldorf**

4.2 Selbständige Vertriebspartner

Die für uns selbständig tätigen Vertriebspartner sind von uns beauftragt, Vermittlungs-, Beratungs- und/oder Betreuungsleistungen für Sie zu erbringen oder die Qualität dieser Leistungen zu sichern. Ggf. lassen wir Versicherungsanträge bei den Vertriebspartnern speichern. Diese verwahrt der Vertriebspartner dann für uns.

4.3 Auftragsverarbeiter

Z. B. externe EDV-Dienstleister oder Cloud-Dienste, die Ihre personenbezogenen Daten in unserem Auftrag und nach unseren Weisungen verarbeiten.

4.4 Wirtschaftsauskunfteien

Vorname, Name, Anschrift und Geburtsdatum übermitteln wir an eine Wirtschaftsauskunftei z.B. an: Creditreform Boniversum GmbH, Hellersbergstraße 11, 41460 Neuss (Informationen der Boniversum GmbH gemäß Art. 14 DSGVO: www.boniversum.de/EU-DSGVO/ für die Angaben und Inhalte übernehmen wir keine Verantwortung und haben diese auch nicht geprüft). Zum Zweck des Vertragsabschlusses beziehen und nutzen wir die Informationen zu Ihrem Zahlungsverhalten.

4.5 Sonstige Stellen

Aufsichts-, Finanz- und Justizbehörden, Sozialversicherungsträger, Versicherungsombudsmänner sowie Rechtsanwälte, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer etc., an die wir Daten weiterleiten, soweit dies gesetzlich vorgeschrieben ist.

Alle Empfänger Ihrer Daten sind auf das Datenschutzrecht verpflichtet oder werden von uns vertraglich hierauf verpflichtet.

Ihre **Gesundheitsdaten** verarbeiten wir darüber hinaus in dem erforderlichen Umfang wie folgt:

- Abfrage Ihrer Gesundheitsdaten bei Dritten zur Beurteilung zu versichernder Risiken
- Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Dritte, soweit dies erforderlich ist, zu versichernde Risiken oder Leistungspflichten zu prüfen (z. B. Weitergabe an medizinische Gutachter)
- Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer zwecks Beurteilung des zu versichernden Risikos sowie ggf. zwecks Entscheidung der vollständigen oder teilweisen Übernahme des Risikos durch einen Rückversicherer
- Prüfung Ihrer Gesundheitsdaten zur Prüfung der Leistungspflicht, soweit Sie Angaben zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben und soweit sich diese Gesundheitsdaten aus von Ihnen eingereichten Unterlagen ergeben
- Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Dritte, soweit dies erforderlich ist, Ihre Kundenbetreuung als Versicherungsnehmer sicherzustellen oder einen Leistungsfall zu bearbeiten und abzuwickeln
- Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an selbständige Versicherungsvermittler, soweit dies erforderlich ist, Ihnen gegenüber bestehende Beratungs- oder Informationspflichten zu erfüllen
- Information eines Vermittlers der Versicherung über das Zustandekommen des Versicherungsvertrages, ggf. mit Information, falls es aufgrund Ihrer gesundheitlichen Verhältnisse zu einer Änderung des Versicherungsantrags gekommen ist
- Erhebung Ihrer Gesundheitsdaten für den Fall Ihres Todes bei Dritten zur Leistungs- bzw. erneuten Antragsprüfung

Über die Weitergabe von Daten werden Sie informiert.

5. Speicherdauer

Die Speicherung Ihrer Daten erfolgt so lange, wie das mit Ihnen bestehende Vertragsverhältnis dies notwendig macht, damit wir die uns obliegenden Aufgaben erfüllen können, Ihnen bedarfsgerechte Verträge anzubieten und Sie vertragsbegleitend zu betreuen. Auch nach Beendigung eines Versicherungsvertrages halten wir Ihre Daten gespeichert, soweit wir diese benötigen, um erforderlichenfalls gegenüber Ihnen oder gegenüber Dritten Rechenschaft über ein Vertragsverhältnis und dessen Ausführung ablegen zu können oder um eigene Rechte oder Ansprüche wahrzunehmen oder geltend zu machen.

6. Ihre Rechte als Versicherungsnehmerin/ Versicherungsnehmer

Sie sind jederzeit berechtigt, von uns Auskunft über die zu Ihrer Person verarbeiteten Daten zu verlangen (Art. 15 DSGVO). Außerdem können Sie bei Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen die Berichtigung unrichtiger und die Vervollständigung unvollständiger Daten verlangen (Art. 16 DSGVO), die Löschung von Daten (Art. 17 DSGVO) und/oder die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO). Verarbeiten wir Ihre Daten aufgrund eines berechtigten Interesses unserer Gesellschaft und ist die Datenverarbeitung insbesondere weder durch den uns erteilten Auftrag oder die von Ihnen erklärte Einwilligung in die Datenverarbeitung gedeckt, sind Sie unter Umständen berechtigt, der Datenverarbeitung zu widersprechen (Art. 21 DSGVO). Weiter haben Sie Anspruch auf Übertragung der bei uns über Sie gespeicherten Daten an Sie oder an einen von Ihnen benannten Dritten, sofern dies technisch durchführbar ist (Art. 20 DSGVO).

Eine Beschwerde können Sie sowohl an unsere interne Beschwerdestelle als auch an die externe Beschwerdestelle richten (s.u. Ziffer 7 "Externe Beschwerdestelle").

7. Kontaktdaten und Beschwerdestellen

Datenschutzrechtlich Verantwortlicher: Monuta Versicherungen Niederlassung Deutschland, Niederkasseler Lohweg 191, 40547 Düsseldorf, Telefon: 0211/ 522 953 552, E-Mail: info@monuta.de, vertreten durch die ständigen Vertreter bzw. die vertretungsberechtigten Prokuristen

Datenschutzbeauftragter der Monuta Versicherungen Niederlassung Deutschland:

Nicholas Vollmer, Priorstr. 63, 41189 Mönchengladbach, Telefon: 02166/ 965 23 30, E-Mail: datenschutzbeauftragter.monuta-deutschland@securedataservice.de.

Beschwerdestelle der Monuta Versicherungen Niederlassung Deutschland:

Niederkasseler Lohweg 191, 40547 Düsseldorf, Telefon: 0211/ 522 953 552, E-Mail: beschwerde@monuta.de. Externe Beschwerdestelle: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 200444, 40102 Düsseldorf, Telefon: 0211/ 384240, Telefax: 0211/ 3842410, Email: poststelle@ldi.nrw.de.

8. Ersuchen um Einwilligung in die Datenverarbeitung

Damit wir Ihre personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, in dem beschriebenen Umfang verarbeiten können, ersuchen wir Sie um Erteilung einer ausdrücklichen und schriftlichen Einwilligungserklärung.

Bitte beachten Sie, dass Sie sich auch entscheiden können, keine generelle Einwilligungserklärung abzugeben. Sie können ebenso die Entscheidung treffen, dass wir Sie für jeden Einzelfall über die benötigten Daten informieren. Auf diese Information können Sie wiederum entscheiden, ob Sie dann entweder für jeden Einzelfall in die Datenverarbeitung einwilligen, oder ob Sie die benötigten Unterlagen und Informationen selbst beibringen.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Mit meiner Unterschrift erkläre ich/erklären wir:

- die Hinweise in der Information zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz der Monuta Versicherungen Niederlassung Deutschland, Niederkasseler Lohweg 191, 40547 Düsseldorf, zur Kenntnis genommen zu haben,
- mit der Datenverarbeitung einverstanden zu sein, wie sie in der Information zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz beschrieben wird, einschließlich ausdrücklich der Verarbeitung von **Gesundheitsdaten**.

Diese Einwilligungserklärung kann ich/können wir ganz oder teilweise, auch bezogen auf einzelne Daten, widerrufen. Der Widerruf kann formlos erfolgen, also auch fernmündlich, per E-Mail oder auf sonstigem Weg. Ein Widerruf wirkt sich nicht auf eine bereits erfolgte Datenverarbeitung aus, das heißt, dass die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf durchgeführten Datenverarbeitung von dem Widerruf nicht berührt wird.

Mir/uns ist bekannt, dass der Widerruf der Erklärung unter Umständen, nämlich abhängig vom Umfang des Widerrufs, zu Einschränkungen der mir/ uns gegenüber zu erbringenden Leistungen führen kann. Derartige Einschränkungen können daraus resultieren, dass eine Datenverarbeitung nur noch aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften erfolgen darf und der gesetzlich zulässige Rahmen (insbesondere bei Gesundheitsdaten) begrenzt ist.

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer X	Ort, Datum	Unterschrift versicherte Person (falls abweichend vom Versicherungsnehmer) X
------------	---------------------------------------	------------	--

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Unterzeichnung der Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung ist für die Prüfung des Antrags und für die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei uns unerlässlich. Liegt uns Ihr Einverständnis hierzu nicht vor, ist in der Regel kein Vertragsabschluss möglich. Die Erklärung betrifft den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten

- durch die Monuta,
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Monuta,
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt und
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten.

Die abgegebenen Erklärungen gelten ebenfalls für von Ihnen gesetzlich vertretene Personen wie Ihre Kinder.

ABFRAGE VON GESUNDHEITSDATEN BEI DRITTEN

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und im Leistungsfall ist es unter Umständen erforderlich, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Diese Abfrage führen wir durch, soweit es die Leistungsprüfung erfordert. **Hierzu benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für die relevanten Stellen, für den Fall, dass im Rahmen dieser Abfrage Gesundheitsdaten weitergegeben werden müssen.** Sie können diese Erklärung zum jetzigen Zeitpunkt (I.) oder im Einzelfall (II.) erteilen. Ihre Entscheidung für Option I. oder II. können Sie jederzeit ändern. Bitte wählen Sie eine der folgenden Möglichkeiten:

I.)

Ich willige ein, dass die Monuta – sofern es für die Risikoprüfung oder für die Leistungsprüfung notwendig ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Angestellten von Krankenhäusern erheben und für diese Zwecke verwenden darf. Ich befreie genannte Personen sowie Angestellte der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, sofern sie meine gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen aus einem Zeitraum von bis zu fünf Jahren vor Antragstellung an die Monuta übermitteln.

Ich werde vor jeder Datenerhebung im Sinne der vorstehenden Absätze unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen. Des Weiteren werde ich darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann. Die von mir erteilte Schweigepflichtentbindung gilt insbesondere für die Leistungsprüfung auch über meinen Tod hinaus. In diesem Fall gehen das Widerspruchsrecht und das Recht auf die eigenständige Einreichung der Unterlagen auf meinen Begünstigten bzw. meine Erben über.

II.)

Ich möchte in jedem Einzelfall von der Monuta Versicherung darüber informiert werden, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann pro Fall entscheiden, ob ich

- mich mit der Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Monuta einverstanden erkläre und die genannten Personen bzw. Einrichtungen und deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Monuta einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst einreiche. Mir ist bewusst, dass diese Entscheidung zu einer Verzögerung in der Bearbeitung meines Antrags führen kann.

Ergibt sich nach meinem Tod die Notwendigkeit, Gesundheitsdaten zu erheben, so übertrage ich die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meinen Begünstigten bzw. meine Erben.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Gesundheitsfragen sorgfältig, vollständig und richtig beantwortet haben. Weiterhin geben Sie mit Ihrer Unterschrift die oben stehende Erklärung über die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Entbindung von der Schweigepflicht (I. oder II.) ab.

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer X	Ort, Datum	Unterschrift versicherte Person (falls abweichend vom Versicherungsnehmer) X
------------	---------------------------------------	------------	--

Ich bestätige, dass auf mich keines der nachfolgend aufgeführten Kriterien zutrifft: Als Versicherungsnehmer bin ich nicht als Bestattungsunternehmen tätig. Als versicherte Person:

- halte ich mich zum Zeitpunkt des Vertragsantrags nicht zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus, einem Hospiz, in einer Reha-Einrichtung oder in einer Einrichtung zur psychiatrischen Behandlung auf und es ist auch kein Aufenthalt dieser Art angeordnet, geplant oder wahrscheinlich;
- werde ich zum Zeitpunkt des Vertragsantrags nicht mit einer Chemotherapie behandelt und es ist auch keine Chemotherapie ärztlich empfohlen worden, geplant oder wahrscheinlich;
- erhalte ich keine Pflegeleistungen gemäß Elftem Sozialgesetzbuch (SGB XI), habe solche nicht in der Vergangenheit erhalten und auch nicht beantragt, und ich bin weder pflegebedürftig im Sinne des SGB XI noch als Pflegefall eingestuft;
- stehe ich im Zeitpunkt des Vertragsantrags nicht unter Betreuung und mir sind auch keine Umstände bekannt, die eine Betreuung als wahrscheinlich oder naheliegend erscheinen lassen;
- liegt über mich im Zeitpunkt des Vertragsantrags kein positiver HIV-Test vor und ich habe keinen ärztlichen Test zur Feststellung einer HIV-Infektion beauftragt;
- leide ich an keiner der nachfolgenden Erkrankungen/ Konditionen: Hirntumor, Alkoholsucht oder Drogensucht;
- habe ich in der Vergangenheit keinen Suizidversuch unternommen.

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer X	Ort, Datum	Unterschrift versicherte Person X
------------	---------------------------------------	------------	--------------------------------------

Bevor Sie den Versicherungsantrag ausfüllen und die darin gestellten Fragen beantworten, lesen Sie bitte aufmerksam diese Belehrung über die Folgen falscher oder unvollständiger Beantwortung.

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

WELCHE VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHTEN BESTEHEN?

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle Fragen, die wir Ihnen in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag in Textform stellen – d.h., nicht nur in Papierform, sondern z.B. auch per Email –, vollständig und wahrheitsgemäß beantworten (vorvertragliche Anzeigepflicht).

Soll eine andere Person versichert werden (siehe Antrag: „Versicherte Person“), so ist auch diese verpflichtet, die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten und die Richtigkeit und Vollständigkeit mit ihrer Unterschrift zu bestätigen. Eine Ausnahme gilt hier, wenn Sie als volljähriges Kind den Versicherungsvertrag auf das Leben eines eigenen Elternteils als versicherte Person abschließen, die Versicherungssumme den Betrag von € 8.000,00 nicht übersteigt und Sie den Tarif ohne Gesundheitsbestätigung (siehe Antrag: „Tarif mit Wartezeit“) wählen. In diesem Fall muss der Elternteil den Antrag nicht mit unterschreiben. Sie als Versicherungsnehmer bleiben aber auch dann für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich.

Wir sind auf Ihre Angaben (und auf die einer abweichend versicherten Person) angewiesen, damit wir das zu versichernde Risiko richtig einschätzen können.

Bei Verletzung dieser Pflicht ergeben sich – abhängig vom Grad Ihres Verschuldens – die folgenden Rechtsfolgen:

1. RÜCKTRITTSRECHT; VERLUST DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen, wie z.B. zu einem höheren Beitrag oder mit eingeschränkten Versicherungsleistungen – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

Im Falle unseres Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich

war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert gemäß Nummer 19 der Bedingungen des Versicherungsvertrages. Die Versicherungsbeiträge stehen uns bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung zu.

2. KÜNDIGUNGSRECHT; VERTRAGSANPASSUNG

Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen, wie zum Beispiel mit einem höheren Beitrag oder mit eingeschränkten Versicherungsleistungen – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe der Nummer 20 der Bedingungen des Versicherungsvertrages in einen beitragsfreien Vertrag um. Die Beitragsfreiheit kann dazu führen, dass Sie, je nach dem zum Zeitpunkt der Beitragsfreiheit berechneten Rückkaufswert, Versicherungsschutz verlieren oder nur geringeren Versicherungsschutz erhalten.

3. VERTRAGSÄNDERUNG

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen, wie zum Beispiel mit einem höheren Beitrag oder mit eingeschränkten Versicherungsleistungen – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Eine Vertragsänderung kann dazu führen, dass Sie unter Umständen Versicherungsschutz verlieren oder nur geringeren Versicherungsschutz erhalten.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10% erhöhen;
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

4. WEITERE VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE AUSÜBUNG UNSERER RECHTE

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats 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 Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist von einem Monat ab Kenntniserlangung noch nicht verstrichen ist.

Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

5. ANFECHTUNG

Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist.

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 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.

FRAGEN?

Wir beraten Sie gerne:

Telefon: 0211-522 953 551

Fax: 0211-522 953 39

E-Mail: info@monuta.de

**Monuta Versicherungen –
Niederlassung Deutschland**
Niederlasser Lohweg 191
40547 Düsseldorf

www.monuta.de

