

Risiko- und Gesundheitserklärung zum Antrag auf Abschluss oder Änderung einer Lebens-/Rentenversicherung

BD/Vertretung UV



Versicherungsschein-Nr.:

1. Antragsteller/in

Herr
 Frau
 Firma

Vorname/Name/Firma

Geburtsdatum

Straße/Haus-Nr.

PLZ Wohnort/Ortsteil

2. Zu versichernde Person

Herr
 Frau

(Bitte für jede VP ein separates Formular einreichen!)

Vorname/Name

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Straße/Haus-Nr.

derzeitige Tätigkeit

PLZ Wohnort/Ortsteil

Familienstand

aktuelles Bruttojahresgehalt/Einkommen:
 kein Gehalt - 1.000 € 1.000 - 30.000 € 30.000 - 60.000 € über 60.000 €

höchster Schul- oder Hochschulabschluss:
 Grund-/Hauptschule Realschule Fachoberschule Gymnasium Fachhochschule Universität keinen

3. Wichtiger Hinweis zur Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie, dass Sie gesetzlich verpflichtet sind, uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, sorgfältig, vollständig und ausführlich anzugeben. Wenn wir nach der Abgabe Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet. Die von Ihnen im Rahmen dieses Antrages angegebenen Umstände werden von unseren Risikoprüfern bewertet.

Wir weisen Sie hiermit ausdrücklich auf die Folgen einer Verletzung dieser vorvertraglichen Anzeigepflicht hin. Sofern Sie die folgenden Fragen unrichtig oder unvollständig beantworten, kann die oeco capital Lebensversicherung AG den Versicherungsvertrag unter Umständen durch Kündigung, Rücktritt oder Anfechtung aufheben und gegebenenfalls die Leistung verweigern. Wir bitten Sie daher dringend, vor der Beantwortung der folgenden Fragen die umseitig abgedruckte „Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ zu lesen.

Reicht der Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, verwenden Sie bitte ein gesondert unterschriebenes Blatt als Anlage zum Antrag. Angaben die Sie hier nicht vornehmen möchten, müssen Sie unmittelbar und unverzüglich der oeco capital Lebensversicherung AG schriftlich nachmelden.

4. Vorversicherungen

1. Bestehen für die zu versichernde Person bereits Risiko-, Kapitallebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, Hinterbliebenenrenten- oder Familienrentenversicherungen oder wurden solche innerhalb der letzten 5 Jahre beantragt? nein ja
 Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben:

Versicherungsgesellschaft	Art der Versicherung	Versicherungssumme bei Lebens-/Risikoversicherungen	Gesamtjahresrente bei Berufs-/Dienst- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen bzw. Hinterbliebenen-/Familienrentenversicherungen
<input type="text"/>	a) Risiko-/Kapitallebensversicherung b) Berufs-/Dienstunfähigkeitsversicherung (BU) c) Erwerbsunfähigkeitsversicherung (EU) d) Hinterbliebenen-/Familienrentenversicherungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Wurde einer dieser Anträge bzw. dieser Versicherungsverträge nicht oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen? nein ja
 Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben:

5. Risikofragen zu besonderen Gefährdungen

1. Sind Sie in Ihrem Beruf besonderen Gefährdungen ausgesetzt? (z.B. Umgang mit giftigen, explosiven oder radioaktiven Stoffen, Arbeit im Tunnel-/Bergbau, Arbeit auf Dächern und Gerüsten, Luftfahrt, Aufenthalt in Krisengebieten) nein ja

2. Sind Sie in der Freizeit- und Sportgestaltung besonderen oder außergewöhnlichen Gefahren ausgesetzt? (z.B. Motor-, Segel oder Drachenflug, Fallschirmsprung, Rennveranstaltungen mit Motorfahrzeugen, Kampfsport (auch Boxen/Catchen), Extremsport (z.B. Bungee, Canyoning, Kite-Surfing), Reitsport, Bergsport/freestyle climbing, Höhlenforschen, Kanu-Wildwasser, Tauchsport) nein ja

3. Sind Sie in den letzten 12 Monaten ein Motorrad mit einem Hubraum über 50cm³ oder ein Trike/Quad gefahren? nein ja

4. Werden Sie sich innerhalb der nächsten 12 Monate voraussichtlich für länger als 3 Monate in einem Land außerhalb der Europäischen Union (EU) oder der Schweiz aufhalten? nein ja

5. Sind Sie Angehöriger, Mitarbeiter oder Bediensteter einer militärischen Organisation? (z.B. Deutsche Bundeswehr) nein ja

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen der Punkte 5.1 - 5.5 bejaht haben, bitte Einzelheiten angeben:

6. Zusatzfragen bei Einschluss der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

1. Angaben zur beruflichen Ausbildung und zur derzeitigen beruflichen Tätigkeit

a) Höchster berufsqualifizierender Abschluss? (z. B. Kaufmann für Versicherungen und Finanzen (IHK), Diplom mit Fachrichtung)

b) Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

c) Ihre berufliche Tätigkeit ist:

- ausschließlich kaufmännisch/verwaltend/aufsichtsführend? nein ja
- mit körperlicher oder handwerklicher Tätigkeit verbunden? nein ja
 Wenn ja, zu welchem Anteil? ca. %
- mit Außendiensttätigkeit verbunden? nein ja
 Wenn ja, zu welchem Anteil? ca. %
- überwiegend künstlerisch? nein ja

d) Sie sind:

- beamtet? nein ja
- angestellt/nicht selbstständig?
 Wie ist Ihre Stellung im Unternehmen (z. B. Sachbearbeiter, Abteilungsleiter)?
 Anzahl der unterstellten Mitarbeiter?
- Selbstständig/freiberuflich tätig? nein ja
 Wenn ja, seit wann? (Monat/Jahr)
 Rechtsform des Unternehmens?
 Anzahl der Mitarbeiter?

OE000067

2. Angaben zur beruflichen Situation in den letzten drei Jahren.

a) Welchen Beruf / welche Tätigkeit haben Sie in den letzten 3 Jahren ausgeübt? (Bitte geben Sie auch Unterbrechungszeiträume wie z. B. Elternzeit, Arbeitslosigkeit an.)

von [] bis [] als []
von [] bis [] als []
von [] bis [] als []

b) Waren Sie in den letzten 3 Jahren länger als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig? [] nein [] ja
Wenn ja, wann, wie lange, aufgrund welcher Ursache? []

c) Welche jährlichen Nettoeinkünfte haben Sie innerhalb der letzten 3 Jahre aus beruflicher Tätigkeit erzielt? (Bei versicherten Berufsunfähigkeits-Renten (einschließlich Vorversicherungen) von mehr als 16.000 € (19.000 € bei Selbstständigen) inkl. Bonusrente bitte Einkommensnachweise beifügen!)

lfd. Jahr: 20 [] € [] lfd. Jahr: 20 [] € [] lfd. Jahr: 20 [] € []

d) Haben Sie für den Fall einer Berufsunfähigkeit oder einer Erwerbsminderung bzw. -unfähigkeit sonstige Leistungen zu erwarten? [] nein [] ja
Wenn ja, aus [] Betriebl. Altersversorgung [] Sozialversicherung [] berufsständiger Versorgung [] sonstige: []
Wie hoch ist die monatliche Anwartschaft hieraus insgesamt? [] €

7. Fragen zum Gesundheitszustand der versicherten Person

Bitte geben Sie nachfolgend sämtliche Ihnen bekannten Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden an, welche bei Ihnen ärztlich diagnostiziert wurden oder an denen Sie leiden. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Was wir unter Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden verstehen, haben wir für Sie in den „Wichtigen Schlussfolgerungen des Antragstellers und der zu versichernden Person“ erläutert. Die in den Klammern aufgeführten Beispiele dienen hierbei nur der Veranschaulichung und sind nicht als abschließende Aufzählung zu verstehen.

Besonderer Hinweis zur Verwendung von Gentests:

Die Durchführung prädiktiver genetischer Untersuchungen zur Beurteilung des Risikos dürfen wir nicht verlangen. Ebenso können wir Auskünfte über bereits durchgeführte prädiktive genetische Untersuchungen nur dann verlangen oder berücksichtigen, sofern die abzuschließende Versicherungssumme im Todesfall über 300.000 € (inkl. Bonus) bzw. die abzuschließende Berufsunfähigkeitsrente über 30.000 € (inkl. Bonus) liegt. Die Ergebnisse solcher Untersuchungen brauchen Sie in diesen Fällen bei der Beantwortung der Fragen nicht anzugeben.

Es gelten allerdings weiterhin die vorvertraglichen Anzeigepflichten des Versicherungsvertragsgesetzes. Das heißt, bereits vorliegende Informationen über Erkrankungen, auch solche die auf diagnostischen genetischen Untersuchungen beruhen, sind vom Versicherungsnehmer vor Vertragsabschluss anzugeben. Eine Erläuterung, zur Unterscheidung prädiktiver und diagnostischer Gentests haben wir für Sie in den „Wichtigen Schlussfolgerungen des Antragstellers und der zu versichernden Person“ aufgenommen.

1. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Beschwerden:

a) des Herzens, des Kreislaufs, der Gefäße (z.B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck [Hypertonie], Herzfehler, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Ohnmacht, Durchblutungsstörung, Venenentzündung, Thrombose, Schlaganfall, Lymphödem)? [] nein [] ja

b) an Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z.B. chronische oder wiederholte Bronchitis, Lungenentzündung, Asthma)? [] nein [] ja

c) an Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Leber (z.B. Magengeschwür, Magen- oder Darmblutung, Gelbsucht, erhöhte Leberwerte, chronische Darmentzündung, Bauchspeicheldrüsenentzündung)? [] nein [] ja

d) an Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z.B. Nierenentzündung, Steinleiden, Blut- oder Eiwießausscheidung, Erkrankung der Vorsteherdrüse, Zysten)? [] nein [] ja

e) des Stoffwechsels oder des Hormonhaushalts (z.B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)? [] nein [] ja

f) Blut- oder Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörung)? [] nein [] ja

g) akute oder chronische Infektionen (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, Malaria, Geschlechtskrankheiten)? [] nein [] ja

h) der Psyche (z.B. Angststörung, Depression, Neurose, Psychose, Essstörung, Schmerzsyndrom, Burnout-Syndrom, psychosomatische Störung, Selbsttötungsversuch)? [] nein [] ja

i) des Gehirns, des Rückenmarks, der Nerven (z.B. Epilepsie, Migräne, Multiple Sklerose)? [] nein [] ja

j) des Rückens, der Wirbelsäule, der Bandscheiben (z.B. Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Ischias, Wirbelsäulenverkrümmung)? [] nein [] ja

k) der Knochen, der Gelenke (z.B. Entzündung, rheumatische Beschwerden, Bänder- oder Meniskusverletzung, Gelenkfehlstellung, Hüftfehlstellung, Beinlängenverkürzung, Arthrose, Knorpelschädigung)? [] nein [] ja

l) der Haut (z.B. Neurodermitis, Ekzem, Psoriasis)? [] nein [] ja

m) der Augen (z.B. Kurzsichtigkeit von mehr als 7 Dioptrien, grauer Star, grüner Star, Hornhaut- / Netzhauterkrankung, erhöhter Augendruck)? [] nein [] ja
Dioptrien: links [] rechts []

n) der Ohren (z.B. Tinnitus, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen)? [] nein [] ja
betroffenes Ohr: links [] rechts []

o) in Folge eines Unfalls (z.B. Amputation) oder einer Behinderung? [] nein [] ja

p) oder Allergien (z.B. Heuschnupfen, Hausstaubmilben) [] nein [] ja

2. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren in einem Krankenhaus, in Rehabilitations- oder Kureinrichtungen untersucht, beraten, behandelt oder operiert, oder ist dies ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? [] nein [] ja

3. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in ambulanter Behandlung von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut)? [] nein [] ja

4. Besteht bei Ihnen eine Schwerbehinderung (GdB), eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder wurde innerhalb der letzten 5 Jahre ein entsprechender Antrag auf Anerkennung gestellt? (Wenn ja, bitte Versorgungsbescheid einreichen) [] nein [] ja

5. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)? [] nein [] ja

6. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in festen zeitlichen Abständen (z.B. täglich, monatlich oder vierteljährlich) apothekenpflichtige Arzneimittel zu sich? (Wenn ja, bitte Medikamentenliste oder Beipackzettel einreichen!) [] nein [] ja

7. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Betäubungsmittel oder Drogen ein oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Drogen oder Betäubungsmitteln beraten oder behandelt? (Wenn ja, welche Mittel, wann, beanspruchte Ärzte!) [] nein [] ja

8. Sind Sie Raucher (d.h. aktiver Konsum von Nikotin in den letzten 12 Monaten)? [] nein [] ja
(Wenn ja, was und wie viel haben Sie geraucht oder aktiv zu sich genommen?) [] Stück []

9. Wie groß und wie schwer sind Sie? [] cm/kg [] / []

OE0000067

2/4

oe 180 a 7.2011

10. Welcher Arzt ist über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse am besten unterrichtet (z.B. Hausarzt)? Name, Anschrift, Fachrichtung

Empty text boxes for doctor information.

11. Wenn Sie eine oder mehrere Fragen der Punkte 7.1-7.7 bejaht haben, benötigen wir zur Beurteilung des Risikos noch folgende Angaben. (Sofern der Platz nicht ausreicht, bitte ein gesondertes Blatt benutzen und dies ebenfalls unterzeichnen und dieser Erklärung beifügen.)

Table with 4 columns: zu Frage-Nr., Ausführliche Angaben zu Art, Verlauf und Folgen der Erkrankungen, Störungen oder Beschwerden bzw. zum Ergebnis der ggf. durchgeführten Untersuchung, Wann? Wie oft? Wie lange?, Behandelnde Ärzte, (Physio-)Therapeuten, Heilpraktiker, Heilstätten, Krankenhäuser, Kuranstalten etc. (mit Anschrift), Bestehen noch Beschwerden und/oder Folgen? (nein/ja).

Haben Sie zur Vervollständigung ein gesondertes Blatt (Unterschrift erforderlich) beigelegt? nein ja

8. Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsabschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist. Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer auch die Angaben prüfen kann, die ich zur Begründung von Ansprüchen mache oder die sich aus eingereichten Unterlagen oder Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufs ergeben, soweit dies zur Beurteilung seiner Leistungspflicht erforderlich ist.

A: Pauschale Entbindung von der Schweigepflicht:

Zu diesem Zweck und zur Beschleunigung der Prüfung befreie ich folgende Dritte von Ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, dem Versicherer die für die Risikoprüfung und die Leistungsprüfung erforderlichen Auskünfte zu erteilen:

- Alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, von bzw. in denen ich in den letzten 5 Jahren vor Antragsstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin. Im Leistungsfall auch die, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren.
- Andere Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer sowie gesetzliche Krankenkassen, bei denen ich versichert bin oder war oder bei denen ich einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.
- Berufsgenossenschaften und Behörden.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung bzw. Leistungsprüfung an beratende externe Ärzte, medizinische Gutachter bzw. die Rückversicherungsgesellschaft übermittelt werden.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die vorstehenden Schweigepflichtentbindungen entsprechend - und zwar bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss.

Diese Erklärungen gelten auch über meinen Tod hinaus.

Vor jeder Erhebung mich betreffender Gesundheitsdaten bei Dritten werde ich hierüber durch den Versicherer informiert und darauf hingewiesen, dass ich dieser widersprechen kann. Ich kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung mich betreffender Gesundheitsdaten nur erfolgt, wenn ich im Einzelfall in die Erhebung eingewilligt habe. Sollte ich hiervon Gebrauch machen, gelten für mich die Regelungen der nachfolgend beschriebenen einzelfallbezogenen Entbindung (B).

B: Einzelfallbezogene Entbindung von der Schweigepflicht:

Eine entsprechende Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Daher teilt mir der Versicherer in jedem Einzelfall mit, von welchen Dritten eine Auskunft benötigt wird. Ich erkläre dann schriftlich, ob ich die genannten Dritten von Ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages verzögern oder sogar verhindern kann bzw. zur Verzögerungen der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit führen kann, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen bzw. die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt. Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall kann der Versicherer eine angemessene Kostenbeteiligung Höhe von 20,- € verlangen.

Soweit ich mich dafür entschieden habe, für jede einzelne Erhebung von Gesundheitsdaten zur Risikoprüfung und zur Prüfung im Leistungsfall eine einzelfallbezogene Schweigepflichtentbindungserklärung abzugeben, geht die Entscheidungsbefugnis darüber im Fall meines Todes auf meine Erben über.

Bevor Sie diese Risiko- und Gesundheitserklärung unterschreiben, lesen Sie bitte die umseitig abgedruckten „Wichtigen Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person“ sowie die ebenfalls umseitig abgedruckte „Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, von den Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht Kenntnis genommen zu haben.

Unterschriften (bitte mit Vor- und Nachnamen)

Ort/Datum

Empty box for signature/Date.

Antragsteller/in (Versicherungsnehmer/in)
- bei Firmen auch Firmenstempel -

Empty box for signature/Stamp.

Ich bestätige, dass mir gegenüber - insbesondere zu den Gesundheitsverhältnissen - keine weiteren Angaben als vorstehend gemacht wurden und dass die nebenstehenden Unterschriften in meiner Gegenwart geleistet wurden.

Zu versichernde Person

Empty box for signature.

Gesetzliche Vertretung (bei Minderjährigen)

Empty box for signature.

Vermittler/in

Empty box for signature.

oeco capital Lebensversicherung AG

Aufsichtsratsvorsitzender: Volker Stegmann · Vorstand: Dr. Heiner Feldhaus, Vorsitzender
Wolfgang Glaubitz, Johannes Gale, Henning Mettler, Hans-Jürgen Schrader, Lothar See
Registergericht: Amtsgericht Hannover HRB 58024 · Bankverbindung: Nord/LB Hannover, BLZ: 250 500 00, Konto-Nr. 0101 411 999 · USt.-Id.-Nr.: DE 115658106
Sitz der Gesellschaft: Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover, Telefon 0511/5701-2288, Telefax: 0511/5701-2192 · e-mail: info@oeco-capital.de · www.oeco-capital.de
Ein Unternehmen der Concordia Versicherungen

OE000067

Bitte A oder B ankreuzen!

Wichtige Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

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 übermittelt. Im erforderlichen Umfang dürfen Rückversicherer aus den genannten Gründen zusätzlich auch Beitragsdaten übermittelt werden. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der Concordia Versicherungen 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 der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Erläuterungen zu den Begriffen Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Beschwerden

Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des beantragten Vertrags und auch für weitere bei der Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G. und den nach §§ 15 ff. Aktiengesetz mit ihr verbundenen Unternehmen beantragte Verträge. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Außerdem besteht ein Auskunftsrecht bei der Concordia zu den über mich gespeicherten Daten, deren Herkunft, Empfänger und Zweck der Speicherung.

Unter einer Krankheit verstehen wir einen (in aller Regel durch einen Arzt, Heilbehandler oder sonstigen Therapeuten) diagnostizierten anormalen körperlichen oder geistigen Zustand, der eine nicht ganz unerhebliche Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Funktionen mit sich bringt. Eine Gesundheitsstörung weist noch nicht die Intensität einer Krankheit auf, sondern bezieht sich auf sämtliche nicht nur belanglosen oder rasch vergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, auch wenn die Ursache unbekannt ist. Beschwerden liegen bereits dann vor, wenn Sie sich in Ihrem subjektiven Empfinden gesundheitlich beeinträchtigt gefühlt haben, gleich ob ein Arzt daraufhin die Diagnose einer Krankheit stellen konnte oder ob Sie den Beschwerden Krankheitswert zugemessen haben.

Information zur Unterscheidung prädiktiver und diagnostischer Gentests

Prädiktive genetische Untersuchungen haben das Ziel, die persönliche Disposition für eine möglicherweise zukünftig auftretende Erkrankung oder gesundheitliche Störung abzuklären (Gentests ohne irgendwelche Symptome von Krankheiten). Informationen aus prädiktiven Genuntersuchungen müssen vom Versicherungskunden bei einer abzuschließenden Versicherungssumme im Todesfall bis zu 300.000 € (inkl. Bonus) bzw. einer abzuschließenden Berufsunfähigkeitsrente bis zu 30.000 € (inkl. Bonus) – nicht angegeben werden.

Diagnostische genetische Untersuchungen haben das Ziel, die Ursachen bereits beobachteter Krankheitssymptome oder vorhandener gesundheitlicher Störungen abzuklären. Vom Versicherungsnehmer sind entsprechende Informationen im Rahmen der vorvertraglichen Anzeigepflicht anzugeben

Einwilligungsklausel für Bonitätsanfragen

Ich willige ein, dass die oeco capital Lebensversicherung AG zu Zwecken des Vertragsabschlusses sowie der Vertragsverwaltung und -abwicklung Informationen zu meiner Bonität von der InFoScore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden oder weiteren vergleichbaren Unternehmen bezieht und nutzt. Ich willige ein, dass die der oeco capital Lebensversicherung AG zugegangenen Informationen Einfluss auf den Umfang des Versicherungsvertrags haben können.

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie oder die versicherte Person die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie oder die versicherte Person die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsanpassung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren bei einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

5. Verzicht

Bei einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung verzichten wir auf die gesetzliche Möglichkeit bei unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung den Vertrag zu kündigen bzw. anzupassen.

6. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsanpassung 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.