

Antrag

D

Vermittlername
Vermittlernummer
Telefonnummer

Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (SBU) Selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung (SEU)

Antragsteller <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma								
Name		Vorname		Titel	Geburtsname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer					Geburtsort			
Land	PLZ	Ort			Familienstand		Staatsangehörigkeit	
derzeitige berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)			Ausbildung/Abschluss		Telefon für Antragsrückfragen (tagsüber)			

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller) <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr								
Name		Vorname		Titel	Geburtsname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer					Geburtsort			
Land	PLZ	Ort			Familienstand		Staatsangehörigkeit	
derzeitige berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung)			Ausbildung/Abschluss		Telefon für Antragsrückfragen (tagsüber)			

Beantragter Versicherungsschutz:							
<input type="checkbox"/> SBU-professional <input type="checkbox"/> SEU-protect®							
<input type="checkbox"/> SBU-solution® (Bitte das unterschriebene Angebot mit Verlauf der Beiträge je Versicherungsjahr einreichen)							
<input type="checkbox"/> mit Wechseloption							
<input type="checkbox"/> Verzicht auf die Anwendung des § 163 VVG							
Versicherungsbeginn	Versicherungsdauer		Beitragszahlungsdauer	Jahresrente	Leistungsdauer (ab Versicherungsbeginn)	Karenzzeit	
01.	Jahre		Jahre	Euro	Jahre	Monate	
Beruf lt. Angebot							
Dynamik in der Anwartschaft							
Ich wünsche eine Dynamik um <input type="text"/> % des Vorjahresbeitrages (2 - 5 %, ganzzahlig).							
Optionen zu SBU-professional und SEU-protect®:							
<input type="checkbox"/> Zusatzzahlung <input type="checkbox"/> Rentendynamik im Leistungsfall um <input type="text"/> % (1 - 5 %, ganzzahlig)							
<input type="checkbox"/> Dread Disease (nicht bei SEU) <input type="checkbox"/> Verzicht auf die Anwendung des § 163 VVG							

Beitragszahlung (Mindestbeitrag 5,00 Euro netto) <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich				
Gesamtbeitrag laut Zahlungsweise		* kann nicht garantiert werden, siehe Erläuterung in den Schlusserklärungen auf Seite 5.		
brutto	Euro	netto*		

Einzugsermächtigung: Die Dialog Lebensversicherungs-AG ist bis auf Widerruf berechtigt, die Beiträge bei Fälligkeit von folgendem Konto einzuziehen		
Konto-Nr.	Bankleitzahl	Name und Ort des Geldinstituts
Name, Anschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller		Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller

Angaben zum Geldwäschegesetz – nur auszufüllen, wenn Jahres-Nettobeitrag 1.000 Euro übersteigt oder bei Dynamik:		
Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten		
<input type="checkbox"/> Ja, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und alle damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu nicht von einem Dritten beauftragt.		
<input type="checkbox"/> Nein, die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf fremde Veranlassung bzw. auf Veranlassung eines Dritten.		
Name, alle Vornamen, des veranlassenden Dritten:		Meldeanschrift:
Beziehung zu dieser Person:	Bitte erläutern Sie die Hintergründe, weshalb die Geschäftsbeziehung / Transaktion auf fremde Veranlassung erfolgt:	
Identifizierung des Vertragspartners durch amtlich gültigen Ausweis (entfällt, wenn Antragsteller am Lastschriftinzugsverfahren teilnimmt)		Falls Vertragspartner eine Firma ist bitte Ermittlungsbogen nach dem GWG (A083) einreichen!
<input type="checkbox"/> Personalausweis- / <input type="checkbox"/> Reisepass-Nr.	gültig bis	ausstellende Behörde
Geburtsort des Vertragspartners	Geburtsland des Vertragspartners	Staatsangehörigkeit

Bezugsrecht für Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente	
Bezugsberechtigt für eine Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsrente / eine Leistung aus der Option Dread Disease ist der Versicherungsnehmer.	
Falls Sie ein anderes Erlebensfallbezugsrecht wünschen, bitte nachstehend eintragen (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift):	

Fragen an die zu versichernde Person:

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen. Bitte nennen Sie uns nachfolgend die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und/oder beschreiben Sie die jeweiligen Beschwerden mit Ihren eigenen Worten. Zur leichten Beantwortung der Fragen nennen wir häufige Beispiele uns wichtiger Angaben. Diese Beispiele sind nicht abschließend. Ihre Reihenfolge beinhaltet keine Wertung. Zu durchgeführten Gentests beachten Sie bitte den Hinweis auf Seite 5 „Gentests“. Bitte nutzen Sie zu häufigen Erkrankungen unsere Zusatzerklärungen in der Angebots-Software oder unter www.dialog-leben.de.

Sie sind verpflichtet, sämtliche im Antrag gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer je nach Verschulden berechtigten, den Vertrag anzufechten, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder – auch rückwirkend – anzupassen. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen. Bitte beachten Sie dazu auch die gesonderte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf Seite 4 des Antrags.

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar an die Dialog Lebensversicherungs-AG schriftlich nachzuholen.

1. Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Anträge bei anderen Lebensversicherungsgesellschaften zu erschwerten Bedingungen, z.B. Zuschläge, Leistungsausschlüsse angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wo? Erschwerung? Grund?	<input type="text"/>	
2. Planen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate Aufenthalte von mehr als 3 Monaten außerhalb Europas, den USA oder Kanadas?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: wohin, wann und wie lange?	<input type="text"/>	
3. Üben Sie in Beruf oder Freizeit Aktivitäten mit einer erhöhten Unfallgefahr oder einem erhöhten Verletzungsrisiko aus (z.B. Bergsport, Chemikalien, Militär, Sondereinheiten, Sprengstoff, Strahlen, Fallschirmspringen, Flugsport, Gleitschirm-, Drachenfliegen, Kampfsport, Klettern, Rennsport, Tauchen, Extremsport, Expeditionen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, nähere Angaben:	<input type="text"/>	
4. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt, Heilpraktiker oder sonstige nichtärztliche Therapeut ist über Ihre Gesundheit am besten informiert? (Bitte Name und Anschrift angeben)	<input type="text"/>	
5. Körpergröße und Gewicht:	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> kg
6. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einem Krankenhaus, in Rehabilitations- oder Kureinrichtungen stationär untersucht, behandelt oder operiert (ambulant oder stationär) oder ist dies für die nächsten 12 Monate beabsichtigt oder von einem Arzt oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten empfohlen worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8. Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen Krankheiten oder Beschwerden bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, Behandlung oder Untersuchung		
8a durch akute oder chronische Infektionen , z.B. Borreliose, Hepatitis, Malaria, rheumatische Beschwerden, Tuberkulose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8b des Herzens, Kreislaufs oder der Gefäße , z.B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Durchblutungsstörung, Herzfehler, Herzinfarkt, Ohnmacht, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Venenentzündung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8c der Atmungsorgane , z.B. Asthma, chronische oder mehr als 3mal jährlich Bronchitis, Schlafapnoe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8d an Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber , z.B. ärztlich festgestellte erhöhte Leberwerte, Darmentzündung, Magen- oder Darmblutung, Magengeschwür?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8e an Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust , z.B. Blut- oder Eiweißausscheidung, Nierenentzündung, Steinleiden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8f des Stoffwechsels oder Hormonhaushalts , z.B. Eiweiß, Zucker oder Blut im Urin, ärztlich festgestellte erhöhte Blutfettwerte, Funktionsstörung der Schilddrüse, Gicht, Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8g des Blutes oder Tumorerkrankungen , z.B. Anämie, Gerinnungsstörung, Krebs, Leukämie, Zyste?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8h der Psyche , z.B. Angststörung, Burnout-Syndrom, Depression, Essstörung, Neurose, psychosomatische Störung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Selbsttötungsversuch, Überlastungszustand?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8i des Gehirns, Nervensystems oder neurologischer Art , z.B. Epilepsie, Krämpfe, mehrmals wöchentlich Kopfschmerzen, Lähmung, Multiple Sklerose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8j der Wirbelsäule , z.B. Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Hexenschuss, Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8k der Knochen, Gelenke , z.B. Arthrose, Bänderverletzung, Gelenkentzündung, Hüftfehlstellung, Meniskusverletzung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8l der Haut, Allergien , z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, (Kontakt-) Ekzem, Schuppenflechte?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8m der Ohren , z.B. Gleichgewichtsstörung, Hörsturz, Tinnitus, vermindertes Hörvermögen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8n der Augen , z.B. grauer oder grüner Star, Netzhautablösung, Komplikationen nach LASIK-OP oder haben Sie eine Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien? Bei Fehlsichtigkeit ab 6 Dioptrien bitte Wert angeben:	<input type="text"/> li	<input type="text"/> re
9. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente, d.h. mehr als einen Monat lang täglich oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Präparat, auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel; oder wurden Ihnen welche verordnet? (Empfangnisverhütungsmittel sind davon ausgenommen) Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10. Nehmen Sie oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Betäubungsmittel, Drogen oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen Alkoholkonsums beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11. Sind Sie <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbständig/freiberuflich <input type="checkbox"/> Beamter/-in <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> Azubi		
Fachrichtung, Branche:	<input type="text"/>	
12. Ab einer jährlichen BU/EU-Rente (einschließlich bestehender Anwartschaften) von 18.000,- EUR oder mehr: Gesamt-Brutto-Arbeitseinkommen der zu versichernden Person in den letzten 12 Monaten?	<input type="text"/>	
Bei einer Rente von 30.000,- EUR oder mehr (einschl. bestehender Anwartschaften) siehe Erläuterungen in den Schlusserklärungen auf S. 5		
13. Wie hoch ist Ihr Anteil an Bürotätigkeiten (Innendienst)? (Nicht erforderlich bei SEU)	<input type="text"/>	%
14. Wie hoch ist Ihr Anteil an körperlichen Tätigkeiten/Außendiensttätigkeiten/Dienstreisen? (Nicht erforderlich bei SEU)	<input type="text"/>	%
15. Für wie viele Vollzeitmitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung? (Nicht erforderlich bei SEU)	Anzahl:	<input type="text"/>
16. Bestehen Berufs- / Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen, Ansprüche auf Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsrente von sonstigen Rententrägern (z.B. berufsständische Versorgungseinrichtungen) oder wurden in den letzten 5 Jahren Berufs- /Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen beantragt? Wenn ja, wo? Höhe der Jahresrente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB), beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente (z. B. Unfallrente) oder ist eine solche beantragt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen der Ziffern 6 bis 10 sowie 16 oder 17 bejaht haben, benötigen wir folgende Angaben:

Zu Frage Nr.	Weswegen? Bitte geben Sie an: Art, Verlauf, Folgen, z.B. der Krankheit, Verletzung, Ergebnis der Untersuchung? Erhöhte Laborwerte?	Wann? Wie oft? Wie lange? Dauer von bis?	Ergebnis, Folgen? Gutartig / bösartig? Ist Heilung erfolgt? Wenn ja, seit wann?	Namen der behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Kuranstalten mit Anschrift
<input type="checkbox"/> Ergänzende Angaben liegen bei: Anzahl Extrablätter	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Es folgen noch Angaben				

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung zur Erhebung von Gesundheitsdaten bei Dritten

Soweit eine Erhebung Ihrer Gesundheitsdaten bei behandelnden Ärzten, Kliniken und Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Risikobeurteilung oder die Leistungsprüfung erforderlich ist, benötigen wir im Hinblick auf § 213 VVG Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen.

Risikobeurteilung

Wir überprüfen die in Ihrem Antrag gemachten Angaben zu Ihrer Gesundheit, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und soweit Ihre Angaben dazu einen Anlass bieten. Wir müssen in diesem Fall eine Nachfrage bei den Stellen halten, die über diese Gesundheitsdaten verfügen. Hierzu benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für diese Stellen. Sie können diese bereits hier oder später im Einzelfall erteilen. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

Ich willige in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung bei Ärzten, Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden ein und befreie diese gegenüber den Angehörigen des Versicherers sowie den für diesen tätigen Geheimnisverpflichteten von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. 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, gilt die vorstehende Einwilligung und Schweigepflichtentbindung bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass ich dieser widersprechen kann.

- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten einwillige und die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung führen kann.

Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Arztes oder sonstiger Angehöriger eines Heilberufes ergeben. Dies erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht. Auch hierzu ist es erforderlich, dass Sie in die Datenerhebung einwilligen und die Stellen, die über entsprechende Gesundheitsdaten verfügen, von ihrer Schweigepflicht entbinden. Sie können auch diese Erklärungen bereits hier oder später im Einzelfall abgeben. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

Ich willige zur Prüfung der Leistungspflicht schon jetzt in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Ärzten, Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, ein und befreie diese gegenüber den Angehörigen des Versicherers sowie den für diesen tätigen Geheimnisverpflichteten von ihrer Schweigepflicht. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach dem vorstehenden Absatz unterrichtet und darauf hingewiesen, dass ich dieser widersprechen kann.


- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich* der Versicherer – falls erforderlich – in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich* werde dann jeweils entscheiden, ob ich* in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten einwillige und die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Mir ist bekannt, dass dies zu Verzögerungen bei der Prüfung der Leistungspflicht führen kann. * nach meinem Tod – meine Hinterbliebenen

Umfang der vorstehenden Erklärungen

Diese Erklärungen gebe ich auch für die von mir gesetzlich vertretenen Personen ab, die mitversichert werden sollen bzw. sind, soweit sie die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können. Alle vorstehenden Erklärungen gelten auch über meinen Tod hinaus. Soweit ich mich dafür entschieden habe, für jede einzelne Erhebung von Gesundheitsdaten zur Risikoprüfung oder zur Prüfung im Leistungsfall eine gesonderte Schweigepflichtentbindungserklärung abzugeben, geht die Entscheidungsbefugnis darüber auf meine Erben oder – wenn solche abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

Erfüllung der Informationspflicht

Ich bestätige, dass ich das Produktinformationsblatt, mein persönliches Angebot, die Kundeninformationen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Mitteilung über die Folgen der Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht sowie eine Zweitschrift des Antrags einschließlich der Schweigepflichtentbindungserklärung sowie der Schlusserklärungen mit der Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz erhalten habe.

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer 	Wichtig! Erforderliche Bestätigung seit 01.01.2008
------------	---	--

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Dialog Lebensversicherungs-AG, Halderstraße 29, 86150 Augsburg. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an die Faxnummer 0821 / 319 – 1533 zu richten. Bei einem Widerruf per E-Mail an Info@dialog-leben.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; der Betrag errechnet sich wie folgt:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat X 1/360 des Jahresbeitrags



Darüber hinaus zahlen wir Ihnen soweit vorhanden den Rückkaufwert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes. Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Seite 5 die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person. Diese Erklärungen enthalten Ermächtigungen zur Datenverarbeitung und zur Gewährung des vorläufigen Versicherungsschutzes; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrags.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/ggf. Firmenstempel und bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter 	Stempel und Unterschrift des Vermittlers
Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person, falls nicht Antragsteller 	

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Dialog Lebensversicherungs-AG schriftlich nachzuholen.

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.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, 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 Sie nachweisen, 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 die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

3. Vertragsänderung

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 die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung 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 über die Vertragsänderung 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 Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

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

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. 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 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.

Schlussklärungen

Einverständniserklärung mit dem Abschluss einer Lebensversicherung

Mit der Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis nach § 150 Abs. 2 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) mit dem Abschluss einer Versicherung auf mein Leben.

Verantwortlichkeit für den Antrag

Der Vermittler darf über die Bedeutung von Antragsfragen oder Erkrankungen keine verbindliche Erklärung abgeben.

Gentests

Gemäß Gendiagnostikgesetz GenDG § 18 machen wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung einer genetischen Untersuchung abhängig. Auch bereits vorliegende Befunde aus Gentests müssen erst bei einer Versicherungssumme von mehr als 300.000 EUR bzw. einer Jahresrente von mehr als 30.000 EUR offen gelegt werden.

Datenschutz

- a) Ich willige ein, dass die Dialog Lebensversicherungs-AG 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 Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.
- b) Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der Generali Deutschland-Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.
- c) Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.
- d) 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.

Die Einwilligung bezüglich Absatz d) gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir vor Vertragsabschluss, auf meinen Wunsch auch sofort, überlassen wird.

Derzeit planen wir nicht, Ihre Daten zu Zwecken der Werbung sowie der Markt- oder Meinungsforschung zu nutzen. Dennoch sind wir nach dem Bundesdatenschutzgesetz verpflichtet, Sie darauf hinzuweisen, dass Sie der Verwendung Ihrer Daten zu Zwecken der Werbung sowie der Markt- und Meinungsforschung jederzeit ganz oder zum Teil unter der auf Seite 6 genannten Adresse widersprechen können.

Vorläufiger Versicherungsschutz

Wir gewähren vorläufigen Versicherungsschutz nach den beiliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der selbständigen Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherung (ABVvssBu/ ABVvssEu).

Antragsteller/Überschussanteile

Ich beantrage die Ermäßigung des Beitrages um den Sofortüberschuss.

Rechtsnachfolge

Beim Tod des Versicherungsnehmers, der nicht gleichzeitig auch versicherte Person ist, soll die versicherte Person Versicherungsnehmer werden, sofern bis dahin nichts anderes bestimmt ist.

Netto-Beitrag

Der Netto-Beitrag zum Zeitpunkt der Antragstellung ist der um den Sofortüberschuss verminderte Brutto-Beitrag (Tarifbeitrag). Er kann sich ändern, bleibt aber so lange in dieser Höhe, bis innerhalb der jährlichen Überschusserklärung ein neuer Satz festgelegt wird.

Hinweis für den Abschluss von Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrenten

Die Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherung kann nur zur Absicherung des Arbeitsinkommens der versicherten Person abgeschlossen werden. Die Absicherung von Darlehensverpflichtungen oder der Ausfall wichtiger Mitarbeiter kann durch den Arbeitgeber nicht versichert werden.

Die Höhe der BU/EU-Rente ist auf 60 % des Bruttoeinkommens unter

Anrechnung sonstiger Renten-/Pensionsansprüche begrenzt.

Nebeneinkünfte (z. B. Honorare von Hochschulprofessoren, Tantiemen für Veröffentlichungen u. dgl.) können nicht berücksichtigt werden.

Zusätzlich werden – zumindest bei Jahresrenten ab 30.000 EUR – noch folgende Nachweise benötigt:

- Angestellte: Kopien der Gehaltsabrechnungen vom Dezember der letzten 3 Jahre mit Jahresbescheinigung.
- Selbständige: Kopien der letzten 3 Steuerbescheide Einnahmen/Ausgabenübersichten vom Steuerberater oder dgl.

Bei Absicherung von Versorgungszusagen eine Kopie der Zusage und der letzten Gehaltsabrechnung.

Sofern für den Antrag besondere Vereinbarungen gelten sollen, so müssen diese der Dialog Lebensversicherungs-AG schriftlich angezeigt werden. Sie sind nur mit ausdrücklicher Zustimmung durch uns gültig.

Sofern für den Vertrag österreichisches Recht gilt

Anzeigepflicht

Versicherungsanträge sowie sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen müssen schriftlich erfolgen. Der Antragsteller übernimmt durch seine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben auch dann, wenn er diese nicht eigenhändig geschrieben hat. Der Antragsteller und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass das Verschweigen von Krankheiten und Gebrechen oder von erheblichen Gefahrenumständen, die ihnen bekannt sind bzw. bis Vertragsabschluss bekannt werden, zur Ablehnung von Leistungsansprüchen führen kann.

Der Antragsteller ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz verpflichtet, die Gesundheitsfragen richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. die Leistung verweigern.

Tritt zwischen der Antragstellung und der Annahme des Antrages eine Erhöhung der Gefahr ein, so hat der Versicherungsnehmer, sobald er von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen. Ein Gefahrenumstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich ermächtige die Dialog Lebensversicherungs-AG zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, bei denen ich in Behandlung war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer und Behörden über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen. Dies gilt nur für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten 10 Jahre nach der Antragsannahme. Die Dialog Lebensversicherungs-AG darf auch die Ärzte, die die Todesursache feststellen, und die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern über die Todesursache oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

Verantwortlichkeit für den Antrag – Schriftform

Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten, andernfalls können wir vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung ablehnen. Für die Richtigkeit ist der Antragsteller allein verantwortlich, auch wenn er den Antrag nicht selbst ausgefüllt hat. Der Vermittler darf über die Bedeutung von Antragsfragen oder Erkrankungen keine verbindliche Erklärung abgeben. Alle Erklärungen müssen schriftlich im Antrag niedergelegt werden. Besondere Vereinbarungen und Vorbehalte bedürfen der schriftlichen Bestätigung des Versicherers.

Rücktritt des Versicherers

Wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person beim Vertragsabschluss oder einer Erhöhung der Gefahr kann der Versicherer (außer bei arglistigem Verhalten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person) nur innerhalb von drei Jahren zurücktreten (§§ 163 und 164 VersVG).

Verzicht auf die Anwendung von § 41 VersVG

Falls bei Vertragsabschluss gefahrerhebliche Umstände wegen Unkenntnis oder unverschuldet nicht angezeigt werden, so sind wir nach § 41 VersVG berechtigt, auf Grund des erhöhten Risikos die Beiträge zu erhöhen oder die Berufsunfähigkeitsversicherung zu kündigen. Auf dieses Recht verzichten wir hiermit.

Anzeigepflicht Erhöhung der Gefahr

Der Antragsteller verpflichtet sich weiter, dem Versicherer alle Veränderungen im Gesundheitszustand der versicherten Person(en) (Beschwerden, Erkrankungen, Verletzungen, Schwangerschaften), die bis zum Zugang der Police bzw. einem eventuell späteren Versicherungsbeginn eintreten, unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Angaben zu politisch exponierten Personen

Wann gehören Sie dem Kreis der politisch exponierten Personen an? Üben oder übten Sie ein wichtiges Amt mit einer Entscheidungsbefugnis auf Staatsebene aus, wie z. B. als Parlamentsmitglied, Regierungsmitglied, Staatssekretär oder sind Sie Mitglied in wichtigen staatlichen Organen wie z. B. obersten Gerichten, Rechnungshöfen oder in Führungsorganen staatlicher Unternehmen? Sind Sie Botschafter, Geschäftsträger oder hochrangiger Offizier der Streitkräfte? Sind Sie ein Familienmitglied einer der vorgenannten Personen?

Falls ja, bitte geben Sie auf einem Beiblatt an:

Welches Amt üben/übten Sie von wann bis wann aus bzw. welcher Art ist Ihre Beziehung zum Amtsträger?

Kundeninformationen

- Ihr Vertragspartner ist die
Dialog Lebensversicherungs-AG
Halderstr. 29, 86150 Augsburg
Postfach 10 15 43, 86005 Augsburg
Tel: +49 0821 319-0, Fax: +49 0821 319-1533, E-Mail: info@dialog-leben.de
Sitz der Gesellschaft: Augsburg, Amtsgericht Augsburg HRB 6589
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Torsten Utecht
Vorstand: Rüdiger R. Burchardi, Dr. Christoph Ebert, Edgar Hütten
- Die von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) genehmigten Hauptgeschäftsfelder der Dialog Lebensversicherungs-AG sind inkl. aller Zusatzversicherungen die Sparten Lebensversicherung und Fondsgebundene Rentenversicherung (Anlage A Nr. 19 und 21 Versicherungsaufsichtsgesetz).
- Garantiefonds für die Lebensversicherung ist die Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin.
- Sie zahlen während der Beitragszahlungsdauer für jede Versicherungsperiode einen laufenden Beitrag. Versicherungsperiode kann je nach Vereinbarung ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr sein. Die Beiträge werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.
- Der Versicherungsvertrag kommt durch Ihren Antrag und Zugang des Versicherungsscheins (oder mit Zugang unserer Annahmeerklärung) zustande. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Als Antragsteller sind Sie 6 Wochen an den Antrag gebunden. Ihr Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt.
- Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung sowie die Laufzeit Ihres Vertrages entnehmen Sie bitte Ihrem persönlichen Angebot bzw. dem Antrag. Sie können Ihre Versicherung jederzeit mit Frist von einem Monat zum Schluss der Versicherungsperiode ganz oder teilweise kündigen.
- Vor und nach Vertragsschluss findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Sofern das Risiko zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses in Österreich belegen ist, findet das Recht der Republik Österreich Anwendung.
- Sämtliche Kommunikation und Korrespondenz findet in deutscher Sprache statt.
- Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, Deutschland
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de,
Telefon: 0800-3696000 (aus dem Ausland: +49 30 20605899).
Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme des Rechtsweges bleibt durch den außergerichtlichen Rechtsbehelf unberührt.
- Bei Beschwerden können Sie sich außer an uns auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, Deutschland
E-Mail: poststelle@bafin.de, Internet: www.bafin.de
- Der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein.

Für Verträge, bei denen österreichisches Recht gilt, sind in folgenden Gesetzen Möglichkeiten zum Rücktritt des Versicherungsnehmers geregelt:

§ 5 b Versicherungsvertragsgesetz

Wenn Sie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht vor Unterzeichnung des Antrags erhalten oder Ihnen keine Kopie Ihrer Vertragserklärung ausgehändigt worden ist, bzw. den Mitteilungspflichten nach VAG nicht nachgekommen wurde, haben Sie das Recht binnen zwei Wochen schriftlich vom Vertrag zurückzutreten. Die Rücktrittsfrist beginnt, wenn Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen erhalten haben und Ihnen eine Belehrung über Ihr Rücktrittsrecht ausgehändigt wurde. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins.

Das Rücktrittsrecht besteht auch dann, wenn die Vermittlung des Vertrags durch einen Versicherungsagenten erfolgte und Sie die in den §§ 137f, 137g und 137h GewO vorgesehenen Mitteilungen (wie etwa Name, Anschrift, Registereintrag des Agenten) nicht erhalten haben.

§ 165a Versicherungsvertragsgesetz

Es besteht ein Rücktrittsrecht von 30 Tagen ab Zustandekommen des Vertrages.

§ 3a Konsumentenschutzgesetz

Sie können binnen einer Woche zurücktreten, wenn maßgebliche Umstände, die bei Abschluss vom Versicherer als wahrscheinlich dargestellt wurden, nicht eintreten oder nur in erheblich geringerem Maße eintreten. Die Frist beginnt ab Kenntnis des Umstandes zu laufen. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zustandekommen des Vertrages.

§ 3 Konsumentenschutzgesetz

Wenn Sie den Vertrag nicht in den Räumlichkeiten des Versicherungsunternehmens abgeschlossen haben, so können Sie bis zum Zustandekommen des Vertrages jederzeit und danach mit einer Frist von einer Woche ab Erhalt des Versicherungsscheins schriftlich vom Vertrag zurücktreten. Die Frist erlischt spätestens einen Monat nach Zustandekommen des Vertrages. Das Rücktrittsrecht besteht allerdings nicht, wenn Sie beispielsweise den Vertragsschluss selbst angebahnt haben.

§ 8 Fern-Finanzdienstleistungsgesetz

Wurde der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (d.h. z.B. über Internet, E-Mail) abgeschlossen, haben Sie die Möglichkeit innerhalb von 30 Tagen schriftlich zurückzutreten. Die Frist beginnt ab Erhalt der Vertragsunterlagen. Zur Wahrung der Frist genügt es, den Rücktritt per E-Mail auszusprechen. Eine nachfolgende, schriftliche, unterfertigte Rücktrittserklärung ist in diesem Fall jedoch erforderlich.

Form Ihrer Rücktrittserklärung

Bitte beachten Sie, dass alle Rücktrittsrechte – ausgenommen § 165a Versicherungsvertragsgesetz – der Schriftform bedürfen und E-Mails sowie Telefax nicht als schriftliche Kündigung gelten. Beim Rücktrittsrecht gemäß § 165 a Versicherungsvertragsgesetz reicht zur Wahrung der Rücktrittsfrist auch ein mündlicher, per E-Mail oder Telefax ausgesprochener Rücktritt aus. Das Verlangen eines schriftlichen Nachweises des Rücktritts bleibt davon unberührt.

SBU/SEU-Tarife

SBU-Versicherungstarife

1. Tarifbeschreibung unserer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung „SBU-professional“:

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig, so wird eine monatliche Berufsunfähigkeitsrente für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer gezahlt. Darüber hinaus besteht Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Die Beitragszahlungsdauer endet nach Vereinbarung mit der Versicherungsdauer oder vorher. Die Versicherungsdauer der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung muss mindestens 10 Jahre betragen.

2. Tarifbeschreibung unserer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung „SBU-solution“:

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig, so wird eine monatliche Berufsunfähigkeitsrente für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer gezahlt.

Darüber hinaus besteht Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Es handelt sich bei diesem Tarif um eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit technisch einjähriger Dauer gegen laufende Beitragszahlung. Die Beitragszahlungsdauer endet mit der Versicherungsdauer. Die Versicherungsdauer der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung muss mindestens 10 Jahre betragen. Sie können die „SBU-solution“ jederzeit zur Hauptfälligkeit während der Laufzeit in eine „SBU-professional“ zum bisher versicherten Beruf mit maximal gleicher Restlaufzeit und maximal gleich hoher BU-Rente umwandeln. Sofern Sie bei der Umwandlung keine zusätzlichen Optionen wählen, verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung. Bei der „SBU-solution“ mit Wechseloption können Sie bei der Umwandlung in eine „SBU-professional“ die Option „Rentendynamik im Leistungsfall“ ohne erneute Gesundheitsprüfung einschließen.

Für diese Tarife gelten die Allgemeinen Bedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (ABsBu), mit den ggf. zusätzlich maßgebenden Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik).

SEU-Versicherungstarif

Tarifbeschreibung unserer selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung „SEU-protect“:

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer voraussichtlich mindestens 2 Jahre außer Stande sein, einer Erwerbstätigkeit von mehr als 3 Stunden täglich nachzugehen oder ist sie 6 Monate ununterbrochen außer Stande gewesen, einer Erwerbstätigkeit von mehr als 3 Stunden täglich nachzugehen, so wird eine monatliche Erwerbsunfähigkeitsrente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer gezahlt. Darüber hinaus besteht Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Die Beitragszahlungsdauer endet nach Vereinbarung mit der Versicherungsdauer oder vorher.

Die Versicherungsdauer der selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung muss mindestens 10 Jahre betragen.

Für diesen Tarif gelten die Allgemeinen Bedingungen für die selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung (ABsEu) und die ggf. zusätzlich maßgebenden Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik).

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung (ABvVssBu) und der selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung (ABvVssEu)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftiger Versicherungsnehmer und gewähren Ihnen aufgrund des gestellten Antrags und der nachfolgenden Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung und der selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung vorläufigen Versicherungsschutz:

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die beantragten bzw. vorgesehenen Leistungen im Falle des Eintritts einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes, ist aber auf höchstens 18.000 Euro Jahresrente begrenzt. Die Beitragsbefreiung wird ebenfalls höchstens für eine Jahresrente in Höhe von 18.000 Euro übernommen. Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt bzw. vorgesehen oder mehrere Anträge bzw. Versicherungsanfragen derselben Person bei uns gestellt worden sind.
- (2) Wenn während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit eintritt, so gilt:
 - a) eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente und eine Beitragsbefreiung gewähren wir nur, wenn die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist.
 - b) aus den ggf. beantragten bzw. vorgesehenen Optionen gem. § 1 der Bedingungen für die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherung entsteht während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes kein Anspruch.In jedem Fall enden die Leistungen bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit spätestens mit Ablauf der für die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherung beantragten bzw. vorgesehenen Leistungsdauer oder wenn die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit wieder gegeben ist.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

- Voraussetzung für einen vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass
- a) der Einlösebeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Einzugs-ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist,
 - b) das Zustandekommen der beantragten Versicherung bzw. Ihrer Versicherungsanfrage nicht von besonderen Vereinbarungen seitens des Versicherungsnehmers abhängig gemacht wird.
 - c) der Antrag bzw. Ihre Versicherungsanfrage sich im Rahmen der angebotenen Tarife und Bedingungen bewegt,
 - d) der beantragte bzw. der in der Versicherungsanfrage vorgesehene Versicherungsbeginn nicht später als 2 Monate nach der Unterzeichnung des Antrags bzw. der Versicherungsanfrage liegt.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bzw. Ihre Versicherungsanfrage bei uns eingeht.
- (2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet,
 - a) falls Sie einen Antrag gestellt haben, wenn
 - der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat,
 - wir Ihren Antrag abgelehnt haben,
 - Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben,
 - Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben,
 - Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs.1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben,
 - die Zahlung des Einlösungsbeitrages nicht erfolgte, der Einzug des Einlösungsbeitrages aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.
 - b) falls Sie eine Versicherungsanfrage gestellt haben, wenn
 - der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung begonnen hat,
 - wir Ihre Versicherungsanfrage abgelehnt haben,
 - Sie Ihre Vertragserklärung angefochten oder zurückgenommen haben,
 - Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben,
 - Sie uns mitteilen, dass Sie am Abschluss der Hauptversicherung kein Interesse mehr haben,
 - die Zahlung des Einlösungsbeitrages nicht erfolgte, der Einzug des Einlösungsbeitrages aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.
- (3) Jede Partei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für die Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag bzw. in der Versicherungsanfrage gefragt ist und von denen die versicherte Person vor einer Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag bzw. in der Versicherungsanfrage angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.

§ 5 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für das erste Versicherungsjahr des beantragten Versicherungsvertrages. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsummen gemäß § 1 Abs. 1. Bereits gezahlte Beträge rechnen wir an.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten bzw. vorgesehenen Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

- (1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen, die Tarifbedingungen und Besonderen Bedingungen für die beantragte bzw. vorgesehene Versicherung Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.
- (2) Haben Sie im Antrag bzw. in Ihrer Versicherungsanfrage ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.