

# 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 die in Ihrem Haushalt lebenden 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

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

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 Gefäßkrankungen, Bluthochdruck
- Krebs (aller Organe, Haut, Blut und Lymphe)
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Erkrankungen der inneren Organe, des Blutes, schwere Infektionserkrankungen
- Psychische und neurologische Erkrankungen sowie Suchtkrankheit

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)

## 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

Monuta Versicherungen – Niederlassung Deutschland  
Postfach 29 02 21, 40529 Düsseldorf

Monuta-Identifikationsnummer (Gläubiger-Identifikationsnummer):  
NL89ZZ080277735980

Mandatsreferenz: wird mit dem Versicherungsschein mitgeteilt

Name der Bank

IBAN

BIC <sup>1)</sup>

Kontoinhaber identisch mit Versicherungsnehmer  Kontoinhaber ist nicht Versicherungsnehmer

Ich schließe den Vertrag auf eigene Rechnung und Veranlassung ab

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

Ort, Datum  Unterschrift Kontoinhaber

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

## Information zum Datenschutz

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, indem sie von Ihnen personenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten erheben, diese Daten verarbeiten und nutzen. Die erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung nimmt die Monuta auf der Grundlage des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) vor. Danach ist die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten (Datenverwendung) zulässig, wenn das Gesetz sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverwendung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht. Ebenfalls erlaubt es die Datenverwendung, soweit sie zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Datenverwendung überwiegt. Dies gilt ebenfalls für die auf der folgenden Seite abgegebene Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindung. Ausgenommen von der Erlaubnis zur Datenverwendung auf der Grundlage des Versicherungsvertrages sind jedoch besonders sensible Daten, wie z.B. Ihre Gesundheitsdaten.

### Monuta erhebt und speichert die folgenden Daten, soweit dies zur Prüfung eines Versicherungsantrags sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsvertrages zwischen Ihnen und der 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 vom Mandanten 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 versicherte Personen, wirtschaftlich Berechtigte oder Bezugsberechtigte erfasst, wenn diese von Ihnen als Versicherungsnehmerin/ Versicherungsnehmer abweichen sollten.

Personenstammdaten, Vertragsdaten und Daten zur Identitätsprüfung nach dem GwG gibt die Monuta weiter an Mitarbeiter des Unternehmens, andere Versicherer, externe Dienstleister sowie an Aufsichts-, Finanz- und Justizbehörden, Sozialversicherungsträger, Versicherungsombudsmänner, Rechtsanwälte, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer etc., soweit dies gesetzlich vorgeschrieben oder zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsvertrages erforderlich ist. Die Monuta verwendet Ihre Gesundheitsdaten darüber hinaus 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 VersicherungsnehmerIn 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

### DAMIT DIE DATENVERWENDUNG ENTSPRECHEND ERFOLGEN KANN, BENÖTIGT DIE MONUTA VON IHNEN:

- eine Einwilligungserklärung in die Datenverwendung

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

Über die Weitergabe von Daten werden Sie informiert. Sie haben jederzeit das Recht, von der Monuta Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten. Selbstverständlich erteilt die Monuta Ihnen auf Wunsch auch Auskunft über die Empfänger, denen die Monuta Sie betreffende Personen- und Vertragsstammdaten weitergegeben hat, über die Art der weitergegebenen Daten und den Zweck der Weitergabe. Sollten Sie feststellen, dass die Ihre Person betreffenden Daten nicht korrekt sind, wird die Monuta diese auf Ihren Hinweis berichtigen. Auch bei der Löschung von Daten verfährt die Monuta nach den gesetzlichen Vorschriften. Steht einer Löschung die Pflicht zur Aufbewahrung von Daten entgegen, so werden die Daten gesperrt.

### EINWILLIGUNG IN DIE EINHOLUNG VON WIRTSCHAFTSAUSKÜNFTE

Ich willige ferner ein, dass über mich Wirtschaftsauskünfte eingeholt werden können. Hierzu werden Vorname, Name, Anschrift und Geburtsdatum an eine Wirtschaftsauskunftei (z. B. infoscore, SCHUFA, Bürgel, Creditreform) übermittelt und zum Zweck des Vertragsabschlusses die Informationen zu meinem Zahlungsverhalten bezogen und genutzt. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ergibt sich nach meinem Tod die Notwendigkeit, Gesundheitsdaten zu erheben, so übertrage ich die Entscheidungsbefugnis über eine Einwilligung auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrages.

**Diese Einwilligungserklärung(en) kann ich ganz oder teilweise widerrufen. Insbesondere kann ich der Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten widersprechen und jederzeit verlangen, dass eine Datenerhebung nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist. Der Widerruf kann formlos erfolgen, also auch fernmündlich, per E-Mail oder auf sonstigem Weg.**

Dem Versicherungsnehmer ist bekannt, dass der Widerruf der Erklärung u. U. – abhängig vom Umfang des Widerrufs – zu Einschränkungen der ihm gegenüber zu erbringenden Leistungen führen kann. Derartige Einschränkungen können daraus resultieren, dass eine Datenverwendung nur noch aufgrund einer Rechtsvorschrift erfolgen darf und der gesetzlich zulässige Rahmen begrenzt ist.

**Trotz Widerrufs oder vollständiger oder teilweise abgelehnter Einwilligungserklärung kann eine Datenverwendung/Datenverarbeitung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen erfolgen. Ferner ist der Versicherungsnehmer damit einverstanden, dass die von dem Vermittler erhobenen und gespeicherten Daten auch nach Beendigung des Auftrags bei den folgenden Versicherungsgesellschaften gespeichert bleiben:**

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

**soweit und solange noch Ansprüche aus der Durchführung eines Auftrags- oder Vertragsverhältnisses bestehen können. Das Recht des Versicherungsnehmers auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung der Daten nach dem Datenschutzrecht bleibt unberührt.**

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 Einwilligungs- 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
------------	---------------------------------------	------------	--

**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 Vertragsschluss (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 Versicherungsfalles 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 Gefahrsicherung 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](mailto:info@monuta.de)**

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

**[www.monuta.de](http://www.monuta.de)**

