

Vermittlername
Vermittlernummer

**Risikolebensversicherung RISK-vario®**

<b>Antragsteller</b> <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)	

<b>Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)</b> <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)	

<b>Beantragter Versicherungsschutz:</b> <input type="checkbox"/> RISK-vario® <input type="checkbox"/> RISK-vario® technisch einjährig* <input type="checkbox"/> RISK-vario® Einmalbeitrag (EB)					
<b>Verlauf:</b> <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> linear fallend* <input type="checkbox"/> wahlfrei* <input type="checkbox"/> Finanzierung (annuitätisch)* <input type="checkbox"/> Zeitrente* <input type="checkbox"/> Sparplanabsicherung*					
* Bitte reichen Sie das unterschriebene Angebot mit dem Verlauf der Versicherungssumme je Versicherungsjahr ein!					
<input type="checkbox"/> <b>verbundene Leben</b> (bitte Zusatzklärung für weitere versicherte Personen (A802) ausfüllen)					
Versicherungsbeginn	Eintrittsalter	Versicherungssumme		Versicherungsdauer	Beitragszahlungsdauer
01.		Euro		Jahre	Jahre
<b>Dynamik:</b> Bei konstantem Verlauf (nicht möglich bei: technisch einjährig, EB) ist eine Dynamik mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen um 2 % vorbelegt. Statt einer Erhöhung um 2 % beantrage ich eine Erhöhung um <input type="text"/> % des Vorjahresbeitrages (3 - 10 %, bei Einschluss BUZ/EUZ 3 - 5 %, ganzzahlig).					
<input type="checkbox"/> Ich beantrage eine Dynamikerhöhung entsprechend der Erhöhung der Bemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten, mindestens um 5 %.					
<input type="checkbox"/> Ich wünsche <b>keine</b> Dynamik					
<input type="checkbox"/> <b>Unfalltod-Schutz mit erhöhter Versicherungssumme bei Unfalltod</b> (nicht möglich bei: technisch einjährig, EB, verbundene Leben). UZV-Prozentsatz zwischen 50 - 100 %, in 1 % Schritten <input type="text"/> %					
<input type="checkbox"/> <b>Berufsunfähigkeits-Schutz (BUZ)</b> <input type="checkbox"/> <b>Erwerbsunfähigkeits-Schutz (EUZ)</b> (Zusatzversicherungen, nicht möglich bei: technisch einjährig, EB, verbundene Leben; pro Vertrag BUZ <b>oder</b> EUZ)					
<input type="checkbox"/> <b>Beitragsbefreiung und bare Rente</b> (maximale Rente 48 % der Versicherungssumme) <input type="checkbox"/> <b>nur Beitragsbefreiung</b>					
<b>BUZ/EUZ-Optionen:</b> <input type="checkbox"/> Zusatzzahlung <input type="checkbox"/> 2 % Rentendynamik im Leistungsfall <input type="checkbox"/> Lebenslange Rentenzahlung <input type="checkbox"/> Verzicht auf § 163 VVG <input type="checkbox"/> Dread Disease (nicht für EUZ)					
Beruf lt. Angebot		Versicherungsdauer	Leistungsdauer	Karenzzeit	jährliche Rente
		Jahre	Jahre	Monate	Euro

<b>Beitragszahlung (Mindestbeitrag 16,00 Euro netto)</b> <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> einmalig (EB)					
<b>Gesamtbeitrag laut Zahlungsweise</b>		* kann nicht garantiert werden, siehe Erläuterung in der Schlusserklärung auf Seite 5.		Ratenzahlungszuschläge auf den Jahresbeitrag: Siehe Erläuterung in den „Informationen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung“ auf Seite 4.	
brutto	Euro	netto*			

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

<b>Angaben zum Geldwäschegesetz – nur auszufüllen, wenn Jahres-Nettobeitrag 1.000 Euro übersteigt oder bei Dynamik:</b>					
<b>Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten</b>					
<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:			
<b>Identifizierung des Vertragspartners durch amtlich gültigen Ausweis</b> <b>Falls Vertragspartner eine Firma ist bitte Ermittlungsbogen nach dem GWG (A083) einreichen!</b> (entfällt, wenn Antragsteller am Lastschriftverfahren teilnimmt)					
<input type="checkbox"/> Personalausweis- / <input type="checkbox"/> Reisepass-Nr.		gültig bis		ausstellende Behörde	
Geburtsort des Vertragspartners		Geburtsland des Vertragspartners		Staatsangehörigkeit	

<b>Bezugsrecht für Risikolebensversicherung</b>					
Bezugsberechtigt im Erlebensfall ggf. (auch) für eine Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeitsrente ist der Versicherungsnehmer. Bezugsberechtigt im Todesfall ist in nachstehender Rangfolge:					
a) der Versicherungsnehmer, soweit nicht versicherte Person,		d) die ehelichen und die ihnen gesetzlich gleichgestellten Kinder zu gleichen Teilen,			
b) die überlebende versicherte Person (nur bei verbundenen Leben),		e) die Eltern,			
c) der Ehegatte, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet ist,		f) die Erben.			
Falls Sie ein anderes Todesfallbezugsrecht wünschen, bitte nachstehend eintragen (Name, Vorname, Geburtsdatum):					

**Fragen an die zu versichernde Person:**

Für weitere versicherte Personen – bis zu 9 Personen in einem Vertrag möglich – bitte je eine Zusatzklärung (A802) verwenden.

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen. Sie sind verpflichtet, diese nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar an die Dialog Lebensversicherungs-AG schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Hinweise und Belehrungen auf Seite 3 des Antrags. **Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder unvollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren oder dass später Vertragsanpassungen, auch rückwirkend, notwendig werden.**

Bitte nennen Sie uns nachfolgend die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und / oder beschreiben Sie die jeweiligen Beschwerden mit Ihren eigenen Worten. Zur leichteren 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 Zusatzklärungen in der Angebots-Software oder unter [www.dialog-leben.de](http://www.dialog-leben.de).**

1. Wurden innerhalb der letzten <b>5 Jahre</b> Versicherungsanträge bei anderen Gesellschaften zu erschwerten Bedingungen, z.B. Zuschläge, Leistungsau- schlüsse angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? Wenn ja, wo? Erschwerung? Grund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Planen Sie innerhalb der nächsten <b>12 Monate</b> Aufenthalte von mehr als 3 Monaten außerhalb Europas, der USA oder Kanadas? Wenn ja: wohin, wann und wie lange?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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)? Wenn ja, nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.1 Haben Sie in den letzten <b>12 Monaten</b> Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Pfeifen <b>geraucht</b> (siehe hierzu auch § 2a ABRis)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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)	
5. Körpergröße und Gewicht:	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
6. Wurde bei Ihnen <b>jemals</b> eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Wurden Sie in den letzten <b>10 Jahren</b> 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 sonstigem nichtärztlichen Therapeuten empfohlen worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Sind oder waren Sie in den letzten <b>5 Jahren</b> wegen <b>Krankheiten oder Beschwerden</b> bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, Behandlung oder Untersuchung	
a. des <b>Herzens, Kreislaufs oder der Gefäße</b> , z.B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Durchblutungsstörung, Herzfehler, Herzinfarkt, Ohn- macht, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Venenentzündung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b. der <b>Atmungsorgane</b> , z.B. Asthma, chronische oder mehr als 3mal jährlich Bronchitis, Schlafapnoe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c. an <b>Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber</b> , z.B. ärztlich festgestellte erhöhte Leberwerte, Darmentzündung, Magen- oder Darm- blutung, Magengeschwür?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d. an <b>Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust</b> , z.B. Blut- oder Eiweißausscheidung, Nierenentzündung, Steinleiden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e. des <b>Stoffwechsels oder Hormonhaushalts</b> , z.B. Eiweiß, Zucker oder Blut im Urin, ärztlich festgestellte erhöhte Blutfettwerte, Funktionsstö- rung der Schilddrüse, Gicht, Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
f. des <b>Blutes oder Tumorerkrankungen</b> , z.B. Anämie, Gerinnungsstörung, Krebs, Leukämie, Zyste?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
g. durch akute oder chronische <b>Infektionen</b> , z.B. Borreliose, Hepatitis, Malaria, rheumatische Beschwerden, Tuberkulose?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
h. der <b>Psyche</b> , z.B. Angststörung, Burnout-Syndrom, Depression, Essstörung, Neurose, psychosomatische Störung, Schmerzsyndrom, Schlaf- störung, Selbsttötungsversuch, Überlastungszustand?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i. des <b>Gehirns, Nervensystems oder neurologischer Art</b> , z.B. Epilepsie, Krämpfe, mehrmals wöchentlich Kopfschmerzen, Lähmung, Multiple Sklerose?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten <b>5 Jahren</b> 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? (Emp- fängnisverhütungsmittel sind davon ausgenommen) Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Nehmen Sie oder nahmen Sie in den letzten <b>5 Jahren</b> Betäubungsmittel, Drogen oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen Alkoholkonsums beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Bitte folgende Fragen zusätzlich ausfüllen, wenn eine BUZ / EUZ beantragt wird:**

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-Arbeitsinkommen der zu versichernden Person in den letzten 12 Monaten? Bei einer Rente von 30.000,- EUR oder mehr (einschl. bestehender Anwartschaften) siehe Erläuterungen in der Schlusserklärung auf S. 5	<input type="text"/>
13. Wie hoch ist Ihr Anteil an Bürotätigkeiten (Innendienst)? (Nicht erforderlich bei EUZ)	<input type="text"/> %
14. Wie hoch ist Ihr Gesamtanteil körperlicher Tätigkeiten/Außendiensttätigkeiten/Dienstreisen? (Nicht erforderlich bei EUZ)	<input type="text"/> %
15. Für wie viele Vollzeitmitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung? (Nicht erforderlich bei EUZ) Anzahl:	<input type="text"/>
16. Besteht eine Berufs- / Erwerbsunfähigkeits-Versicherung, Ansprüche auf Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsrente von sonstigen Rententrägern (z.B. berufsständische Versorgungseinrichtungen) oder wurde <b>in den letzten 5 Jahren</b> eine Berufs- / Erwerbsunfähigkeits-Versicherung beantragt? Wenn ja, wo? Höhe der Jahresrente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17. Sind Sie oder waren Sie in den letzten <b>5 Jahren</b> wegen <b>Krankheiten oder Beschwerden</b> bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio- oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, Behandlung oder Untersuchung	
a. der <b>Wirbelsäule</b> , z.B. Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Hexenschuss, Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b. der <b>Knochen, Gelenke</b> , z.B. Arthrose, Bänderverletzung, Gelenkentzündung, Hüftfehlstellung, Meniskusverletzung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c. der <b>Haut, Allergien</b> , z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, (Kontakt-) Ekzem, Schuppenflechte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d. der <b>Ohren</b> , z.B. Gleichgewichtsstörung, Hörsturz, Tinnitus, vermindertes Hörvermögen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e. der <b>Augen</b> , 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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB), beziehen Sie aus gesund- heitlichen 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 bis 18 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

Ergänzende Angaben liegen bei: Anzahl Extrablätter

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 Jahren 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

Gemäß § 7 VVG hat der Versicherer den Versicherungsnehmer rechtzeitig vor Abgabe seiner Vertragserklärung seine Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die in der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen bestimmten Informationen (siehe hierzu auch Seite 4) in Textform mitzuteilen. **Mit meiner Unterschrift bestätige ich den rechtzeitigen Erhalt der o.g. Unterlagen/Informationen.**

Ort, Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer	<b>Wichtig!</b> Erforderliche Bestätigung seit 01.01.2008
	X	

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden 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 wirksam werden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

#### 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 Gefahrabrisierung 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.

**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 Datenübermittlung und zur Gewährung des vorläufigen Versicherungsschutzes; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrags und bestätigen, dass Ihnen die Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person vorliegt. Eine Kopie des Antrags wird Ihnen sofort nach der Unterzeichnung des Antrags ausgehändigt. Bestandteil dieser Bedingungen ist die Tarifbeschreibung, die auf der Seite 6 des Antrags aufgedruckt ist.**

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

# Informationen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung

Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer gem. § 7 Abs.1 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) folgende Informationen zur Verfügung zu stellen. Dieser Informationspflicht (nachstehend unter den lfd. Nr. 1 - 20) kommen wir im Folgenden nach:

1.-3. Zur Identität des Versicherers, der ladungsfähigen Anschrift sowie der Identität eines Vertreters des Versicherers:

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  
Sitz der Gesellschaft: Augsburg  
E-Mail: info@dialog-leben.de

Aufsichtsrat: Christoph Schmallenbach (Vorsitzender)

Vorstand: Rüdiger R. Burchardi, Dr.Christoph Ebert, Hans-Herbert Rospleszc  
Die unter Nr. 1 genannten Personen sind auch unsere Vertreter in dem Mitgliedsstaat der Europäischen Union in dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz hat.

4. Zur Hauptgeschäftstätigkeit und zur zuständigen Aufsichtsbehörde  
Die von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) genehmigten Hauptgeschäftsfelder sind inkl. aller Zusatzversicherungen die Sparten Lebensversicherung und Fondsgebundene Rentenversicherung (Anlage A Nr. 19 und 21 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)).  
Bei Beschwerden können Sie sich außer an uns – auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Bundesanstalt für  
Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)  
Sektor Versicherungsaufsicht  
Graurheindorfer Straße 108  
D-53117 Bonn

Finanzmarktaufsicht (FMA)  
Praterstraße 23  
A-1020 Wien

5. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen  
Ein Garantiefonds existiert für die Versicherungswirtschaft nicht. Die Protektor Lebensversicherung-AG, Friedrichstraße 191, 10117 Berlin nimmt jedoch die Aufgaben und Befugnisse als Sicherungsfonds für die Lebensversicherer wahr.

6. Zur Versicherungsleistung  
Die Information über Art und Fälligkeit erfolgt in den Tarifbeschreibungen. Die Information über den Umfang der Versicherungsleistung entnehmen Sie bitte Ihrem persönlichen Angebot.

7. Zum Gesamtpreis und Preisaufteilen  
Diese Angaben können Sie Ihrem(n) persönlichen Angebot(en) entnehmen. Für Österreich: dies gilt ebenso für die anfallende Versicherungssteuer.

8. Im Rahmen des Abschlusses fallen keine zusätzlichen Kosten an.

9. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien. Nach Vereinbarung können Sie Jahresbeiträge auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zahlen. Hierfür werden Ratenzuschläge in Höhe von 2 % des Jahresbeitrags bei halbjährlicher, 3 % bei vierteljährlicher oder 5 % bei monatlicher Zahlungsweise erhoben. Hierzu wird auch auf § 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung (ABRiS) hingewiesen.

10. Zur Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen insbesondere zu Angeboten und Preis gilt folgendes: Unser Angebot steht unter dem Vorbehalt einer evtl. erforderlichen Risikoprüfung. Es können nur Angebote auf Basis unserer aktuellen Tarifsoftware berücksichtigt werden. Dies gilt nicht, sofern diesem gesetzliche Regelungen entgegenstehen.

11. Hinweis auf Schwankungen auf dem Finanzmarkt  
Für alle von uns angebotenen Versicherungsprodukte gilt:  
Es bestehen keine solchen Kapitalmarktrisiken, die wegen ihrer spezifischen Merkmale oder der durchzuführenden Vorgänge mit speziellen Risiken behaftet sind oder deren Preis Schwankungen auf dem Finanzmarkt unterliegt, auf die der Versicherer keinen Einfluss hat. Ferner ist zu beachten, dass in der Vergangenheit erwirtschaftete Beträge kein Indikator für künftige Erträge sind.

12. Zur Bindefrist und Angabe darüber, wie der Vertrag zustande kommt  
Für Sie als Antragsteller/Versicherungsnehmer besteht keine Bindefrist. Die Angaben zum Zustandekommen und dem Beginn entnehmen Sie bitte den beiliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

13. Widerrufsbelehrung

## Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt nach Erhalt folgender Unterlagen in Textform: Versicherungsschein, Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, weitere Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und dieser Belehrung. Bei elektronischer Antragstellung jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312e Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an die Dialog Lebensversicherungs-AG, Halderstr. 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 entfallenen Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, 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 der Jahresprämie
--	---	------------------------

Darüber hinaus zahlen wir Ihnen soweit vorhanden den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes.

Die Erstattung zurückzuzahlender 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.

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.

14. Angaben zur Laufzeit und ggf. zur Mindestlaufzeit  
Die Information zur Laufzeit des Vertrags erfolgt im Angebot. Die Information zur Mindestlaufzeit finden Sie in den Tarifbeschreibungen.

15. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen erfolgen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (vgl. hierzu §§ 5 und 6 ABRiS).

16.-17. Anwendbares Recht vor und nach Vertragsschluss  
Vor und nach Vertragsschluss findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Sofern das Risiko zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses in Österreich belegen ist (Hauptwohnsitz des Versicherungsnehmers), findet auf den Vertrag österreichisches Recht Anwendung.

18. Zur Korrespondenzsprache  
Die Versicherungsbedingungen, alle weiteren Informationen sowie die Korrespondenz werden von uns ausschließlich in deutscher Sprache geführt bzw. zur Verfügung gestellt. Auch sind sämtliche Unterlagen und Informationen Ihrerseits in deutscher Sprache einzureichen.

19. Information über Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren  
Die Möglichkeit für den Versicherungsnehmer, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt von der Inanspruchnahme eines außergerichtlichen Beschwerde- oder Rechtsbehelfsverfahrens unberührt.

20. Information zur Möglichkeit einer Beschwerde  
Siehe hierzu die unter Punkt 4 genannte Aufsichtsbehörde.

Bei der Lebensversicherung hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer zusätzlich zu den gem. § 7 Abs. 1 Satz 1 (VVG) genannten Informationen folgende weitere Informationen zu geben:

1. Angaben zur Höhe der Kosten für die Vermittlung und den Abschluss des Vertrages, soweit diese nicht gesondert in Rechnung gestellt werden  
Diese Informationen können Sie Ihrem(n) persönlichen Angebot(en) entnehmen.

2. Angaben zu den sonstigen in die Prämie eingerechneten Kosten  
Diese Informationen können Sie Ihrem(n) persönlichen Angebot(en) entnehmen.

3. Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe  
Diese Angaben können Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen. Vgl. hierzu den § 17 Abs. 1 der ABRiS.

4. Angabe der Rückkaufswerte  
Diese Angaben können Sie Ihrem(n) persönlichen Angebot(en) entnehmen.

5. Angaben über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung  
Diese Angaben können Sie dem § 5 Abs. 6 - 9 der ABRiS entnehmen.

6. Das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 3 und 4 garantiert sind

Die Höhe der unter Nummer 3 beschriebenen künftigen Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden. Die garantierte Leistung aus der zukünftigen Überschussbeteiligung beträgt daher 0 (Null) Euro. Vergleichen Sie hierzu auch § 17 Abs. 3 der ABRiS. Den garantierten Anteil dieser Leistung entnehmen Sie ihrem persönlichen Angebot.

7. Allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Steuermerkblatt.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass der Begriff der Berufsunfähigkeit nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne übereinstimmt.

# Schlusserklärungen

## 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

- 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.
- 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.
- 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.

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.

### Vorläufiger Versicherungsschutz

Wir gewähren vorläufigen Versicherungsschutz nach den beiliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung (ABVs).

### Antragsteller/Überschussanteile

Ich beantrage,

- sofern es sich um eine Risiko-Lebensversicherung mit laufender Beitragszahlung handelt, die Ermäßigung des Beitrages um den Sofortüberschuss,
- sofern es sich um eine Risiko-Lebensversicherung gegen Einmalbeitrag handelt, die Überschussbeteiligung in Form eines Todesfallbonus,
- sofern eine BUZ eingeschlossen ist, die Ermäßigung des Zusatzbeitrages um den Sofortüberschuss und/oder
- sofern eine EUZ eingeschlossen ist, die Ermäßigung des Zusatzbeitrages um den Sofortüberschuss und/oder
- sofern eine UZV eingeschlossen ist, die Ermäßigung des Zusatzbeitrages 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 Arbeits Einkommens 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 der Wohnsitz des Versicherungsnehmers bei Vertragsschluss in Österreich liegt, 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 Gefahrumständen, 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 Gefahrumstand, 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.

### Rücktrittsrecht nach § 3 Konsumentenschutzgesetz

Der Antragsteller, für den die beantragte Versicherung nicht zum Betrieb seines Unternehmens gehört, ist - sofern der Antrag außerhalb der vom Versicherer dauernd benutzten Räume unterfertigt wurde - berechtigt, von seinem Versicherungsantrag oder vom Vertrag zurückzutreten. Dieser Rücktritt kann bis zum Zustandekommen des Vertrages oder danach binnen einer Woche erklärt werden: der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb des genannten Zeitraumes abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht steht dem Antragsteller jedoch nicht zu, wenn er die geschäftliche Verbindung zwecks Schließung des Vertrages selbst angebahnt hat.

### Rücktritt des Versicherers

Wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer oder der versicherten 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 übten/übten Sie von wann bis wann aus bzw. welcher Art ist Ihre Beziehung zum Amtsträger?

# Risikoversicherungstarife

## RISK-vario®

Risikoversicherung mit wählbarem Verlauf der Versicherungssumme auf ein oder mehrere verbundene Leben gegen laufende Beitragszahlung. Die Beitragszahlungsdauer endet nach Vereinbarung mit der Versicherungsdauer oder vorher. Sofern mehrere Personen versichert sind, wird die jeweils vereinbarte Versicherungssumme nur beim Tod der zuerst sterbenden versicherten Person während der Versicherungsdauer fällig. Bei gleichzeitigem Tod von mehreren versicherten Personen wird die Versicherungssumme nur einmal fällig. Die Mindestversicherungsdauer beträgt 1 Jahr.

## RISK-vario® Einmalbeitrag (EB)

Risikoversicherung mit wählbarem Verlauf der Versicherungssumme auf ein oder mehrere verbundene Leben gegen einmalige Beitragszahlung. Sofern mehrere Personen versichert sind, wird die jeweils vereinbarte Versicherungssumme nur beim Tod der zuerst sterbenden versicherten Person während der Versicherungsdauer fällig. Bei gleichzeitigem Tod von mehreren versicherten Personen wird die Versicherungssumme nur einmal fällig. Die Mindestversicherungsdauer beträgt 1 Jahr.

## RISK-vario® technisch einjährig

Risikoversicherung mit wählbarem Verlauf der Versicherungssumme auf ein oder mehrere verbundene Leben mit technisch einjähriger Dauer gegen laufende Beitragszahlung. Die Beitragszahlungsdauer endet nach Vereinbarung mit der Versicherungsdauer. Sofern mehrere Personen versichert sind, wird die jeweils vereinbarte Versicherungssumme nur beim Tod der zuerst sterbenden versicherten Person während der Versicherungsdauer fällig. Bei gleichzeitigem Tod von mehreren versicherten Personen wird die Versicherungssumme nur einmal fällig. Die Mindestversicherungsdauer beträgt 2 Jahre.

1. Für diese Tarife gelten die Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung (ABRiS), die ggf. zusätzlich maßgebenden Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik), die Bedingungen für die Unfalltod-Zusatzversicherung (UZV), die Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) und die Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (EUZ).
2. Die Nebengebühren und -kosten gehen aus den §§ 3, 4 und 16 der ABRiS hervor.
3. Gemäß § 5 der ABRiS sind Risikoversicherungen nicht rückkaufsfähig.
4. Die beitragsfreie Mindestsumme steht in § 5 der ABRiS. Die Tabelle der beitragsfreien Summen ist ggf. in der Anlage zum Versicherungsschein abgedruckt. Diese Tabellenwerte sind gemäß § 5 der ABRiS garantiert.
5. Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe finden sich in § 17 der ABRiS.

# Versicherungsombudsmann

Unser Unternehmen ist Mitglied im

Verein Versicherungsombudsmann e. V.

Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Den Ombudsmann der Versicherungen erreichen Sie wie folgt:

Telefon: +49 – (0)1804 – 22 44 24 (0,24 EUR je Gespräch)

Fax: +49 – (0)1804 – 22 44 25

Post: Versicherungsombudsmann e. V.  
Postfach 08 06 32  
10006 Berlin

E-Mail: [beschwerde@versicherungsombudsmann.de](mailto:beschwerde@versicherungsombudsmann.de)

# Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Risikoversicherung (ABVs)

## § 1 Was ist vorläufig versichert?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten bzw. vorgesehenen Leistungen.
- (2) Wenn Sie eine Unfalltod-Zusatzversicherung beantragt haben bzw. dafür eine Versicherungsanfrage gestellt haben, zahlen wir zusätzlich die Unfalltod-Versicherungssumme, wenn ein Unfall
  - a) während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist und
  - b) innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltage zum Tode der versicherten Person führt
- (3) Wenn Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragt haben bzw. dafür eine Versicherungsanfrage gestellt haben, und wenn während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eine unfallbedingte Berufs-/Erwerbsunfähigkeit eintritt, so gilt:
  - a) Eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente zahlen wir nur, wenn uns eine unfallbedingte Berufs-/Erwerbsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist.
  - b) Die Leistungen aus der Beitragsbefreiung der Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung erbringen wir nur, wenn die Hauptversicherung zustande gekommen ist und solange sie nicht weggefallen ist und solange die Zusatzversicherung mitversichert ist.
  - c) Aus den ggf. beantragten bzw. vorgesehenen Optionen gem. § 1 der Bedingungen für die Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung entsteht während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes kein Anspruch. In jedem Fall enden die Leistungen bei unfallbedingter Berufs-/Erwerbsunfähigkeit spätestens mit Ablauf der für die Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragten bzw. vorgesehenen Versicherungsdauer oder wenn die Berufs- bzw. Erwerbsfähigkeit wieder gegeben ist.
- (4) Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir, einschließlich der Leistungen aus einer Unfall-Zusatzversicherung (UZV), höchstens 100.000,00 EUR, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben bzw. Ihre Versicherungsanfrage höhere Leistungen vorsieht. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Anträge bzw. Versicherungsanfragen auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind. Bei unfallbedingter Berufs-/Erwerbsunfähigkeit beträgt die Höchstrente 18.000,00 EUR jährlich; die Beitragsbefreiung wird höchstens für eine Versicherungsleistung von 100.000,00 EUR (bzw. 18.000,00 EUR Jahresrente) übernommen. Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben bzw. Ihre Versicherungsanfrage höhere Leistungen vorsieht.

## § 2 Was ist ein Unfall im Sinne des § 1 Absatz 2 und 3?

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzliches und unerwartetes von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

## § 3 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für einen vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- a) der Einlösebeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Einzugsermächtigung 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) die zu versichernde Person zum Zeitpunkt der Antragstellung bzw. der Versicherungsanfrage voll arbeitsfähig ist,
- e) die zu versichernde Person sich nicht in ärztlicher Behandlung befindet oder eine Operation unter Vollnarkose unmittelbar bevorsteht,
- f) der beantragte bzw. der in der Versicherungsanfrage vorgesehene Versicherungsbeginn nicht später als 4 Wochen nach der Unterzeichnung des Antrags bzw. der Versicherungsanfrage liegt.

## § 4 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, nicht aber vor dem beantragten Beginn.
- (2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz,
  - a) falls Sie einen Antrag gestellt haben, wenn
    - der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat,
    - 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,
  - 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,
    - 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,
    - 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.
  - c) wenn der Versicherungsnehmer unseren verspäteten Versicherungsschein als neuen Antrag abgelehnt hat,
  - d) wenn der Hauptvertrag nicht zustande kommt: Der Vertrag über die vorläufige Deckung endet spätestens mit dem Zugang des Widerrufs (§ 8 VVG) oder des Widerspruchs (§ 5 Abs. 1 und Abs. 2 VVG).

e) wenn der Antrag bzw. Ihre Versicherungsanfrage durch uns abgelehnt wird bzw. in der ursprünglich beantragten bzw. vorgesehenen Form nicht angenommen werden kann.

- (3) Jede Vertragspartei 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.

## § 5 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) 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 seiner 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.
- (2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der zu versichernden Person besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.
- (3) Wenn eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragt bzw. vorgesehen ist und während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eine unfallbedingte Berufs-/Erwerbsunfähigkeit eintritt, ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen für:
  - a) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der zu versichernden Person ergreifen. Wir werden jedoch leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht wurden.
  - b) Unfälle der zu versichernden Person
    - bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) ohne Motor, Motorsegler, Ultraleichtflugzeugen und Raumfahrzeugen sowie beim Fallschirmspringen,
    - als Luftfahrzeugführer oder als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges,
    - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit.
  - c) Unfälle die der zu versichernden Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
  - d) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
  - e) Gesundheitsschädigungen durch
    - Strahlen
    - Infektionen
    - Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die die zu versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt
    - Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund,
    - Bauch- oder Unterleibsbrüche.Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter diese Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt. z. B. bei Infektionen, sofern die Krankheitserreger durch eine unter diese Versicherung fallende Unfallversicherung in den Körper gelangt sind, oder bei Eingriffen oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostischen und therapeutischen, sofern diese unter ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis veranlasst waren.Nicht als Unfallverletzung gelten jedoch Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung.
- f) Unfälle infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig wodurch diese verursacht sind.

## § 6 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhe oder Krieg?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir gewähren vorläufigen Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn die zu versichernde Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat, sofern die zu versichernde Person nicht auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

Bei Eintritt des Versicherungsfalles in unmittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen besteht die Leistungspflicht nur, wenn der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die zu versichernde Person während eines Aufenthalts außerhalb von Deutschland bzw. Österreich ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

## § 7 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. 3. Bereits gezahlte Beträge rechnen wir an.

## § 8 Wie ist das Verhältnis zur beantragten 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, einschließlich derjenigen für eine mit beantragte bzw. vorgesehene Unfall-Zusatzversicherung (UZV). Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.
- (2) Haben Sie im Antrag bzw. in Ihrer Versicherungsanfrage ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.