

Wichtige Informationen für den Antragsteller – bitte zu den Antragsunterlagen nehmen.

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 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 dem Vorstand der Süddeutsche Krankenversicherung a.G. bzw. Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G. in Textform 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

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.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Dies gilt nicht, wenn es sich um eine Krankheitskostenversicherung, die die gesetzliche Pflicht zur Versicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG erfüllt, handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne von § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen

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

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. Es kann damit zu einem rückwirkenden Verlust des Versicherungsschutzes kommen, wenn die Vertragsanpassung als rückwirkende Einführung eines Risikoausschlusses erfolgt. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung 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 in der Krankenversicherung mit Ablauf von drei Jahren und in der Unfallversicherung 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.

GESUNDHEITSFRAGEN, die wir Ihnen im Rahmen des Online-Abschlusses gestellt haben

	Person 1		Person 2	
	Ja	Nein	Ja	Nein
1. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen (auch Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen) hinsichtlich einer der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder sonstigen Therapeuten durchgeführt bzw. sind solche angeraten oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/> AIDS/HIV Infektion, Hepatitis B/C <input type="checkbox"/> Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), progressive Muskelatrophie, Bulbärparalyse <input type="checkbox"/> Weichteilrheumatismus <input type="checkbox"/> Chorea Huntington <input type="checkbox"/> Chronische Niereninsuffizienz bzw. Nierenentzündung <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa, Morbus Crohn <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Fehlende Gliedmaßen <input type="checkbox"/> Fertilitätsstörungen <input type="checkbox"/> Hörschädigung/Schwerhörigkeit (exkl. akuter Hörsturz) <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen <input type="checkbox"/> Lungenemphysem, Mukoviszidose <input type="checkbox"/> Lymphödem <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS) <input type="checkbox"/> Osteoporose	Anzahl d. Kreuze _____ x 40 % = _____ % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>	Anzahl d. Kreuze _____ x 40 % = _____ % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>
b) Atemwegserkrankungen (Asthma, Bronchiektasen, chronische Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)) und Allergien (Heuschnupfen, Hausstaubmilbenallergie, Tierhaarallergie)	<input type="checkbox"/> 20 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>
c) Psychische Erkrankungen (Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit, Angststörungen, Depressionen, Entwicklungsstörungen, Erschöpfungssyndrom, Schlafstörungen, Zwangsstörungen)	<input type="checkbox"/> 40 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 40 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>
d) Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufsystems (Arteriosklerose, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Hirnblutungen, Schlaganfall)	<input type="checkbox"/> 40 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 40 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>
e) Erkrankungen der Muskeln, der Sehnen, der Nerven, der Gelenke und der Wirbelsäule (Arthritis, Arthrose, Bandscheibenvorfall/-prolaps, Bursitis, Chondromalazie, Dystonie, Epicondylitis, Gelenksteife, Impingement-Syndrom, Knorpelschäden, Kyphose, Lordose, Morbus Bechterew, Muskelschwäche, Muskelverspannungen, Neuralgie, Osteochondrose, Parese, Parkinson-Syndrom, Plegie, Polyneuropathie, Skoliose, Spinalstenose, Spondylose, Tendinitis)	<input type="checkbox"/> 40 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 40 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>
f) Erkrankungen des Magens, der Speiseröhre und des Darms (Magenschleimhautentzündung, Magengeschwür, Darmdivertikel, Refluxkrankheit (Sodbrennen), Reizmagen, Reizdarm)	<input type="checkbox"/> 20 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>
g) Erkrankungen der Haut (Akne, Dermatitis, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Parästhesie der Haut) und Pilzerkrankungen (Fuß-, Haut-, Nagelpilz)	<input type="checkbox"/> 20 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>
h) Stoffwechselerkrankungen (Schilddrüsenunter-/überfunktion, Fettstoffwechselstörung, Hyperurikämie) und Mangelerscheinungen (Vitamin- und Eisenmangel)	<input type="checkbox"/> 20 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>
i) Kopfschmerzen (nicht durch eine andere Krankheit verursacht), Migräne	<input type="checkbox"/> 20 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>
j) Chronische Erkrankungen der Nebenhöhlen (Abszess, chronische Sinusitis, Furunkel, Hypertrophie der Nasenmuscheln, Karbunkel, Mukozele der Nase oder Nasennebenhöhle, Nasenpolypen, Zyste)	<input type="checkbox"/> 20 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>
k) Chronischer Schwindel, Hörsturz, Morbus Menière, Gleichgewichtsstörungen, Tinnitus	<input type="checkbox"/> 20 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20 % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>
2. Körpergröße und Körpergewicht (nur von Personen ab Alter 16 zu beantworten) Bitte lesen Sie den Body-Mass-Index (BMI) in der BMI Tabelle auf Seite 20 ab und tragen ggf. den Beitragszuschlag ein.	_____ kg _____ m _____ % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>	_____ kg _____ m _____ % Beitragszuschlag	<input type="checkbox"/>
Beitragszuschlag gesamt (Fragen Nr. 1 a) – 1 k) und Frage Nr. 2)	_____ %	<input type="checkbox"/>	_____ %	<input type="checkbox"/>