



GD-Nr.	GeBu / Organisation	GeBu / Abschluss-Vermittler / PZ	GeBu / Inspektor / PZ	Ab.-H.(%)	Teilung mit: GeBu / Abschluss-Vermittler / PZ	Anteil (%)
				20		

Neuvertrag   
  Vertragsumstellung/Erweiterung   
  Neuvertrag mit Übernahme Leistungsbonus   
 Jahr der Leistungsbonusstufe

ARAG Vertrags-Nr.

**Antragsteller(in)**

Herr  Frau   
 Name, Vorname, Titel    
 Geburtsdatum    
 Nationalität

Straße, Hausnummer    
 Adresszusatz

PLZ    
 Wohnort    
 Telefon

E-Mail    
 Fax

**Berufsart (BA) bitte Nr. eintragen**

1 Arbeitnehmer    3 Schüler / Student    5 Beamter    7 nicht erwerbstätig  
 2 Auszubildender    4 Rentner    6 Pensionär    8 selbstständig

Derzeit ausgeübter Beruf

BA  bis    
  im öffentlichen Dienst tätig   
  in der Assekuranz tätig   
 Arbeitgeber

**Familienstand**

ledig   
  geschieden   
  verwitwet   
  verheiratet   
  eingetragene /  sonstige Lebenspartnerschaft   
 seit

**Versicherungsbeginn / -ablauf**

Versicherungsbeginn Datum  12.00 Uhr   
 Versicherungsablauf Datum  12.00 Uhr

**Vertragsdauer** Das Versicherungsverhältnis verlängert sich bei Verträgen von mindestens einjähriger Vertragsdauer mit dem Ablauf der Vertragszeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht drei Monate vor dem Ablauf der anderen Partei eine Kündigung zugegangen ist.

**Beitragszahlung**

jährlich ohne   
  ½-jährlich mit 3 %   
  ¼-jährlich mit 5 %   
  monatlich mit 5 % Ratenzahlungszuschlag

**Zahlungsweise** Ist für den Jahresbeitrag Ratenzahlung vereinbart, stunden wir Ihnen die Raten bis zu den vereinbarten Zahlungsterminen. Zahlen Sie eine Rate ganz oder teilweise nicht, müssen Sie die gestundeten Raten des laufenden Versicherungsjahres sofort zahlen. Die Ratenzahlungszuschläge betragen

- 0% bei jährlicher Zahlungsweise
- 3% bei 1/2-jährlicher Zahlungsweise
- 5% bei 1/4-jährlicher Zahlungsweise
- 5% bei monatlicher Zahlungsweise

Monatliche sowie vierteljährliche Zahlungsweisen sind nur im Lastschriftverfahren möglich. Endet das Lastschriftverfahren, erfolgt eine Umstellung der unterjährigen Zahlungsweise auf einhalbjährliche Zahlungsweise vorbehaltlich des Rechts, für die Zukunft jährliche Zahlungsweise verlangen zu können.

**Vertragsumstellung/-erweiterung**

Die versicherten Personen aus dem bisherigen Unfallvertrag

sollen nicht mehr versichert werden   
 Name, Vorname der versicherten Person

separate Antragstellung erfolgt

**Zu versichernde Personen**

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Z. Zt. ausgeübte Tätigkeit / Beruf	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gefahrengruppe	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B

Original: ARAG HV DD / 1. Kopie: VP / 2. Kopie + Vertragsgrundlagen: Antragsteller

**Schweigepflichtentbindungserklärung**

In der „Datenschutzeinwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärung“ befinden sich wichtige Informationen zur Schweigepflichtentbindung. Sie haben diese gelesen und geben mit Ihrer Unterschrift die dort abgedruckten Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung für die Antragsprüfung ab.

Die Schweigepflichtentbindungserklärung für die Antragsprüfung wird nicht abgegeben.

**Unterschriften** der zu versichernden Personen zur Gesundheitsfrage und Schweigepflichtentbindungsklausel

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

**Wichtig für den Antragsteller**

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die folgenden wichtigen Hinweise. Diese sind Bestandteile des Versicherungsvertrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift diese Hinweise zum Inhalt des Antrags. Alle in diesem Antrag gestellten Fragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Bedingungsanpassung führen. Bitte beachten Sie hierzu die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG im Abschnitt „Wichtige Hinweise“ sowie die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht in den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen.

**Sonstige Vereinbarungen**

**Einzugsermächtigung**

Ich wünsche die **widerrufliche Abbuchung** meiner Beiträge von folgendem Konto

Geldinstitut mit genauer Anschrift

Bankleitzahl

Kontonummer (kein Sparkonto)

Unterschrift des Kontoinhabers, wenn nicht Antragsteller

Kontoinhaber, wenn nicht Antragsteller

**Widerrufsbelehrung****Widerrufsrecht**

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf, Telefax +49 (0) 2 11 9 63 – 28 50, E-Mail service@ARAG.de

**Widerrufsfolgen**

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, 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; dabei handelt es sich um den im Produktinformationsblatt unter Ziffer 3 ausgewiesenen rechnerischen Tagesbeitrag pro Tag. 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.

**Besonderer Hinweis**

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

Ende der Widerrufsbelehrung

**Versicherungsschutz und Abbuchungserlaubnis vor Ablauf der Widerrufsfrist**

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes sind Sie einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt (falls nicht zutreffend, bitte streichen). Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis damit, dass bei Zahlung durch Bankeinzug durch uns der erste Beitrag bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist eingezogen werden darf (**falls nicht zutreffend, bitte streichen**).

Sollte der Vertrag nicht zu Stande kommen, werden die Beiträge unverzüglich zurückerstattet.

**Empfangsbestätigung**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie folgende Unterlagen erhalten haben und ausreichend Zeit hatten, von deren Inhalt Kenntnis zu nehmen (**falls nicht zutreffend, bitte streichen**):

- Produktinformationsblatt
- Versicherteninformation
- Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2007) einschließlich den Besonderen Bedingungen
- Datenschutzeinwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärung

**Beratungsprotokoll**

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie ein Beratungsprotokoll erhalten haben. Der Beratungsverlauf ist richtig wiedergegeben.

**Information über ARAG Versicherungen (bitte ankreuzen)**

Sie sind damit einverstanden, dass wir und die von uns beauftragten Versicherungsvermittler Sie über aktuelle Versicherungsangebote und Services zu den Sparten

Rechtsschutz  Sach-, Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrtversicherung  Krankenversicherung  Lebensversicherung informieren.

Die Informationen wünschen Sie  telefonisch  per E-Mail/SMS

**Datenschutzeinwilligungserklärung**

In der „**Datenschutzeinwilligungserklärung**“ befinden sich wichtige Informationen zum Datenschutz. Sofern nicht gestrichen, bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie diese gelesen haben, und willigen ein, dass Ihre allgemeinen personenbezogenen Daten wie dort beschrieben verwendet werden. Diese Einwilligung ist Inhalt dieses Antrages und wird wichtiger Bestandteil des Vertrages.

Sie können der Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten für Werbung, Markt- und Meinungsforschung jederzeit widersprechen bei:

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf, Telefax +49 (0) 2 11 9 63 – 28 50, E-Mail service@ARAG.de

Wir nutzen Informationen aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und dem Verzeichnis über private Insolvenzen. Zweck ist es, die Zahlungsfähigkeit des Antragstellers zu überprüfen, um Kosten – insbes. für die Gemeinschaft der Versicherten – zu vermeiden, die bei Zahlungsunfähigkeit eines Kunden entstehen. Hierzu werden Vorname, Nachname, Anschrift und Geburtsdatum an die Firma InfoScore Consumer Data GmbH (ICD), Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden übermittelt.

**Unterschrift**

Ort, Datum

Antragsteller

zu versichernde Person 1

zu versichernde Person 2

zu versichernde Person 3

zu versichernde Person 4

**ARAG Unfall-Schutz**

	<input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Basis <input type="checkbox"/> Suko	<input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Basis <input type="checkbox"/> Suko	<input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Basis <input type="checkbox"/> Suko	<input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Basis <input type="checkbox"/> Suko
Invalidität-Grundsumme	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>
Progression bei Invalidität	<input type="checkbox"/> 500 % <input type="checkbox"/> 350 % <input type="checkbox"/> 225 % <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 500 % <input type="checkbox"/> 350 % <input type="checkbox"/> 225 % <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 500 % <input type="checkbox"/> 350 % <input type="checkbox"/> 225 % <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 500 % <input type="checkbox"/> 350 % <input type="checkbox"/> 225 % <input type="checkbox"/> keine
Invalidität-Grundrente	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>
Invalidität-Zusatzrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Todesfall-Leistung	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>
Krankenhaus-tagegeld/ Genesungsgeld	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>
Übergangs-leistung	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>
Hilfs- und Pflegeleistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bruttojahres-beitrag gemäß Zahlungsweise	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>	Euro <input type="text"/>
<b>Gesamtbeitrag gemäß Zahlungsweise</b>				Euro <input type="text"/>

**Gesundheitsfrage**

(Für alle zu versichernden/mitversicherten Personen zu beantworten; ggf. auf gesondertem Blatt vervollständigen)  
Bestehen derzeit Beschwerden, körperliche oder geistige Beeinträchtigungen der Gesundheit, chronische Leiden oder sonstige Folgen einer Krankheit bzw. eines Unfalls? Anzugeben sind nur solche Gesundheitsstörungen, die für die Annahme dieses Antrags erheblich sein könnten (siehe Vertragsvereinbarungen).

	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welcher Art?	Person 1 <input type="text"/>	Person 2 <input type="text"/>	Person 3 <input type="text"/>	Person 4 <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Vorversicherungen,  
Vorschäden**

(Für alle zu versichernden/mitversicherten Personen zu beantworten; ggf. auf gesondertem Blatt vervollständigen)  
Bestehen oder bestanden bei anderen Versicherungsgesellschaften oder bei der ARAG weitere Unfall-Versicherungen?

	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bis wann?	Person 1 <input type="text"/>	Person 2 <input type="text"/>	Person 3 <input type="text"/>	Person 4 <input type="text"/>
Welche? Gesellschaft, Anschrift, Vers.- Schein-Nummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Soll die ARAG Unfall-Versicherung/Rente aufgehoben werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vers.-Schein- Nummer	Person 1 <input type="text"/>	Person 2 <input type="text"/>	Person 3 <input type="text"/>	Person 4 <input type="text"/>
Unterschrift des Versicherungs- nehmers	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Haben Versicherer Anträge abgelehnt und/oder Verträge gekündigt/aufgehoben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche?	Person 1 <input type="text"/>	Person 2 <input type="text"/>	Person 3 <input type="text"/>	Person 4 <input type="text"/>
Warum?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherer?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gab es in den letzten 5 Jahren Personenschäden und/oder wurden Unfallversicherungsleistungen bezogen? (Auch angeben, wenn keine Versicherung bestanden hat!)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche? Wann?	Person 1 <input type="text"/>	Person 2 <input type="text"/>	Person 3 <input type="text"/>	Person 4 <input type="text"/>
Schadenhöhe?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherer?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Wichtige Hinweise

### Allgemeine Vertragsvereinbarungen

### ARAG Unfall-Schutz

Versichert sind die im Antrag genannten Leistungsarten mit den vereinbarten Versicherungssummen

### Erhebliche Krankheiten

Erhebliche Krankheiten bzw. Gebrechen sind beispielsweise Herzfehler, Herzinfarkte, Embolien, Thrombosen, Leberleiden, Nierenentzündungen, Schrumpfnieren, Nierenentfernungen, Herabsetzung der Sehschärfe (ab 8 Dioptrien), Schwerhörigkeit, Bluterkrankheit, Leukämie, Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), Geschwülste, Gelenkrheumatismus, habituelle Schulterluxation und Osteomyelitis (Knochenmarkentzündung), Geisteskrankheiten, Depressionen, Epilepsie, Lähmungen, häufige Kopfschmerzen, Schlaganfall, multiple Sklerose, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, Alzheimer, Demenz, Parkinson, Osteoporose.

Die Auskunft ist für alle versicherten Personen zu erteilen; gegebenenfalls sollte ein gesondertes Blatt verwendet werden.

### Änderung der Berufstätigkeit

Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Änderung der Beruflichen Tätigkeit sind deshalb unverzüglich anzuzeigen .

- **Frauen:**  
Frauen werden generell, unabhängig von ihrer beruflichen Tätigkeit, in die Berufs-/Gefahrengruppe „A“ eingeteilt
- **Männer:**  
Die Einteilung in Berufs-/Gefahrengruppen erfolgt bei den Männern nach der ausgeübten Berufstätigkeit
  - Berufs-/Gefahrengruppe „A“:  
Männer, die kaufmännisch, verwaltend, planend, gestaltend, lehrend im Innen- oder Außendienst der Wirtschaft bzw. Verwaltung (einschl. Verwaltung der Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zoll, Polizei, Justiz, Feuerwehr), leitend oder aufsichtführend im Betrieb oder auf Baustellen (einschl. aufsichtführende Meister), im Verkauf, im Labor, in der Datenerfassung, Datenverarbeitung (EDV-Bereich) bzw. im Gesundheitswesen, in der Schönheitspflege tätig sind. Personen, die Anlagen/Maschinen elektronisch steuern, keine berufliche Tätigkeit/Beschäftigung ausüben wie Hausmänner, Rentner, Pensionäre, Schüler.
  - Berufs-/Gefahrengruppe „B“:  
Männer, die körperliche (auch sportliche) oder handwerkliche Berufsarbeit verrichten (einschl. mitarbeitender Meister), Holz, Metall, Kunststoff, Steine, Erde be- oder verarbeiten, mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen arbeiten, Maschinen bedienen, einrichten, warten oder reparieren, Tiere behandeln oder pflegen, im Truppen-, Einsatz- oder Vollzugsdienst bei Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zoll, Polizei, Justiz und Feuerwehr tätig sind, Bauunternehmer.

Männer, die sich in der Ausbildung befinden, wie z. B. Studenten, Auszubildende, Volontäre, Praktikanten, sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf einzustufen.

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.

## 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.

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

### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

- 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes**

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

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

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

  - weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
  - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 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.
- 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 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 mit Ablauf von fünf Jahren. 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.

Ihre

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG