

## Fragebogen zur Betriebshaftpflichtversicherung für Medizinische Versorgungszentren

### Versicherungsnehmer / Interessent

Versicherungs-Nr.	Vermittler-/Makler-Nr.
Name und Anschrift	
Weitere Standorte / Filialen:	
1.	
2.	
E-Mail	Homepage
Rechtsform	<input type="checkbox"/> GbR <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> OHG <input type="checkbox"/> PartGmbH <input type="checkbox"/> Sonstige
Inhaber / Gesellschafter	
ärztliche(r) Leiter	
In Trägerschaft eines Krankenhauses / Name des Krankenhauses	

### Vorversicherung (bei Neukunden)

Bestehen oder bestanden bereits Haftpflichtversicherungen für das MVZ und / oder die Ärzte?

ja  nein

**Wenn ja, bitte immer eine Schadenauskunft des Vorversicherers der letzten fünf Jahre beifügen, ansonsten kann kein Angebot erfolgen.**

### Ärztlicher Bereich

▪ **Vertragsärzte** (Vertragsarztsitz ist an das MVZ gebunden, Abrechnung erfolgt über das MVZ)

Name	Fachrichtung
1.	
<input type="checkbox"/> nur ambulant <input type="checkbox"/> ambulante Eingriffe*	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär mit <input type="text"/> Belegbetten
<input type="checkbox"/> Vollzeit Teilzeit: Std. / Woche <input type="text"/>	
2.	
<input type="checkbox"/> nur ambulant <input type="checkbox"/> ambulante Eingriffe*	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär mit <input type="text"/> Belegbetten
<input type="checkbox"/> Vollzeit Teilzeit: Std. / Woche <input type="text"/>	
3.	
<input type="checkbox"/> nur ambulant <input type="checkbox"/> ambulante Eingriffe*	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär mit <input type="text"/> Belegbetten
<input type="checkbox"/> Vollzeit Teilzeit: Std. / Woche <input type="text"/>	
4.	
<input type="checkbox"/> nur ambulant <input type="checkbox"/> ambulante Eingriffe*	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär mit <input type="text"/> Belegbetten
<input type="checkbox"/> Vollzeit Teilzeit: Std. / Woche <input type="text"/>	

\* siehe Begriffsbestimmungen

▪ **Angestellte Ärzte**

Name	Fachrichtung
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nur ambulant <input type="checkbox"/> ambulante Eingriffe*	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär mit <input type="text"/> Belegbetten
<input type="checkbox"/> Vollzeit Teilzeit: Std. / Woche <input type="text"/>	
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nur ambulant <input type="checkbox"/> ambulante Eingriffe*	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär mit <input type="text"/> Belegbetten
<input type="checkbox"/> Vollzeit Teilzeit: Std. / Woche <input type="text"/>	
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nur ambulant <input type="checkbox"/> ambulante Eingriffe*	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär mit <input type="text"/> Belegbetten
<input type="checkbox"/> Vollzeit Teilzeit: Std. / Woche <input type="text"/>	
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nur ambulant <input type="checkbox"/> ambulante Eingriffe*	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär mit <input type="text"/> Belegbetten
<input type="checkbox"/> Vollzeit Teilzeit: Std. / Woche <input type="text"/>	

▪ **Weiterbildungsassistenten**  
sind bedingungsgemäß ohne namentliche Nennung mitversichert.

▪ **Facharztsitze / KV-Zulassungen**

Fachrichtung	Anzahl
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nur ambulant <input type="checkbox"/> ambulante Eingriffe*	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär mit <input type="text"/> Belegbetten
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nur ambulant <input type="checkbox"/> ambulante Eingriffe*	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär mit <input type="text"/> Belegbetten
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nur ambulant <input type="checkbox"/> ambulante Eingriffe*	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär mit <input type="text"/> Belegbetten
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> nur ambulant <input type="checkbox"/> ambulante Eingriffe*	<input type="checkbox"/> ambulant und stationär mit <input type="text"/> Belegbetten

**Ergänzende Risikoangaben**

▪ Anzahl des nichtärztlichen Personals  
am Hauptstandort:  Filiale 1:  Filiale 2:

▪ Besteht eine Zulassung als Klinik nach § 30 Gewerbeordnung (GewO)  ja  nein  
**Wenn ja, bitte entsprechenden Fragebogen anfordern**

▪ Nur bei Ärzten für **Psychiatrie/Psychotherapie**  
 ohne  mit medikamentöser Behandlung tätig  
Forensische Prognosegutachten bei Gewalt- und Sexualstraftätern (**nicht versicherbar!**)  ja  nein

▪ Nur bei Ärzten für **Gynäkologie**  
– Aktive Geburtshilfe (**nicht versicherbar!**)  ja  nein  
– Künstliche Befruchtungen (**nicht versicherbar!**)  ja  nein  
Fachärzte für Humangenetik sowie sonstige Fachgebiete mit der Zusatzbezeichnung medizinische Genetik (**nicht versicherbar!**)  ja  nein

▪ Nur bei Ärzten für **Radiologie/Strahlentherapie/Nuklearmedizin**  
– Programmverantwortlicher oder stellvertretender programmverantwortlicher Arzt im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms (**nicht versicherbar!**)  ja  nein  
– Umgang mit deckungsvorsorgepflichtigen radioaktiven Stoffen oder Geräten  ja  nein  
– **Wenn ja, bitte Kopie der Umgangsgenehmigung beifügen**

▪ für **Zahnärzte**  
– Setzen von Implantaten  ja  nein  
– ausschließlich tätig im Bereich Kieferorthopädie  ja  nein

▪ Dialysegeräte – Anzahl:

▪ Schlaflabor – Anzahl der Betten:

▪ Praxiseigenes zytologisches Labor für Fremdleistungen  ja  nein

▪ Konsiliararztstätigkeit  
 nur beratend/diagnostisch  auch therapeutisch/operativ  
 ambulant  stationär

▪ Exklusivbetreuung von Prominenten oder regelmäßige Betreuung von Profisportlern/Erstliga-, Nationalmannschaften  ja  nein

\* siehe Begriffsbestimmungen

▪ Telemedizin

Mitversichert ist telemedizinische Beratung, soweit sich Beratender, Behandler und Patient in Deutschland befinden oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben. Versicherungsschutz besteht im Rahmen und Umfang der versicherten Tätigkeit.

Telemedizin ist dabei die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologie für den Fall, dass der Patient und der Angehörige eines Gesundheitsberufes (bzw. mehrere Angehörige eines Gesundheitsberufes) nicht am selben Ort sind.

Kein Versicherungsschutz besteht,

- wenn die Tätigkeit rechtlich nicht zulässig ist und/oder gegen die geltende Berufsordnung verstößt, z.B. das Fernbehandlungsverbot
- wenn Versicherungsnehmer und/oder Patient ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben (vorübergehende Auslandsaufenthalte, z.B. anlässlich einer Urlaubs-/Dienstreise sind unschädlich) Der Aufenthalt des Patienten ist vom Versicherungsnehmer selbständig zu klären.
- für ausländische Niederlassungen

Wird eine telemedizinische Tätigkeit ausgeübt die über diesen Umfang hinausgeht

ja  nein

Wenn ja, bitte genaue Beschreibung (z.B. hinsichtlich Auslandstätigkeit) beifügen

▪ Kosmetische, medizinisch nicht indizierte Eingriffe/Behandlungen

Für folgende kosmetische, d.h. medizinisch nicht indizierte Eingriffe und Behandlungen, die zur Beseitigung von Schönheitsfehlern vorgenommen werden und nicht der Verbesserung von körperlichen Funktionen dienen, besteht für Ärzte Versicherungsschutz unter der Voraussetzung, dass

- dieser Anteil in Bezug auf die versicherte Gesamttätigkeit nicht überwiegt (maximal 50 %)
- Behandlungen vorgenommen werden, die für den Arzt/Zahnarzt gemäß den gesetzlichen Bestimmungen (z.B. Zahnheilkundegesetz) zulässig sind. Nicht zulässige Behandlungen sind nicht vom Versicherungsschutz umfasst.

Mitversichert sind somit ohne besondere Vereinbarung:

- Behandlungen der Haut, insbesondere Carboxytherapie, Dermabrasio, Epilation, Peeling, Permanent Make-up (keine Entfernung von Permanent Make-up und keine Entfernung von Tätowierungen)
- Entfernung oberflächlicher Hautveränderungen insbesondere Besenreiservarizen, Varizen, Altersflecken, Fibrome, Muttermale
- Faltenbehandlungen insbesondere Faltenunterspritzung/-behandlung jedoch nur mit körpereigenen Stoffen ohne tierische oder künstliche Bestandteile (z.B. Hyaluronsäure) oder mit Botulinumtoxin (Botox), auch Fadenlifting, HiFU-Verfahren (hochintensivierter fokussierter Ultraschall), Kollagenunterspritzung, Needling, Lipostruktur (Entnahme von Eigenfett zur Unterspritzung), Mesotherapie, PlasmaPen, Plasmage, Sculptra (Poly-L-Milchsäure), Vampirlifting
- Body Contouring: Injektions-Lipolyse-Therapie (Fettweg-Spritze), Cellulitebehandlungen, z.B. Cellulolipolyse mit Ultraschall, Kryolipolyse

Sonstige: Anti-Aging und Wellnessbehandlungen (ausgenommen hormonelle Behandlungen):

Drip Spa Infusion, Vitamininfusion

Lidstraffung/-plastik, Nasenkorrektur/Rhinoplastik, Ohrkorrektur/Otoplastik

Piercing, ausgenommen Brust-, Intimpiercing

bei Zahnärzten: Veneering, Anbringen und Entfernen von Zahnschmuck, Bleaching

bei Augenärzten: refraktive chirurgische Korrektur von Fehlsichtigkeit (z.B. Lasik, Lasek)

▪ Werden weitere kosmetische, medizinisch nicht indizierte Eingriffe/Behandlungen durchgeführt

ja  nein

Wenn ja, bitte entsprechenden Fragebogen anfordern.

**Besondere Hinweise:**

**Gewünschter Versicherungsumfang**

▪ Berechnung nach: **(es kann nur eine Variante gewählt werden)**

- Ärzte
- Umsatzsumme (bitte Umsatzsumme je Fachbereich mitteilen)

▪ Versicherungssumme – **(es können mehrere Varianten als Angebot angefordert werden)**  
(3-fach maximiert)

- 5 Mio. pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- 7,5 Mio. pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
- 10 Mio. pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

**Cyberrisiken**

Unsere CyberSchutz-Versicherung schützt vor den finanziellen Folgen aus Verletzungen der IT-Sicherheit und Cyberangriffen.

Ich wünsche hierzu ein Angebot

ja  nein

Dieser ausgefüllte Fragebogen und die eventuellen Anlagen sind Grundlage der Versicherung und werden Bestandteil des Versicherungsvertrags. Für den Fall, dass ein Versicherungsvertrag zustande kommt, gelten die vorstehenden Risikoangaben als vorvertragliche Angaben im Sinne der §§ 19 ff. Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

**Vorvertragliche Anzeigepflicht nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz**

Die gesonderte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht habe ich vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten.

Durch die Unterschrift wird lediglich die Richtigkeit der vorstehenden Angaben bestätigt; eine Verpflichtung zum Abschluss eines Vertrags besteht dadurch nicht.

Ort, Datum	Unterschrift Kunde/Interessent
Betreuernummer	Unterschrift/Stempel des Betreuers

## Begriffsbestimmungen (Tarif 2022)

### ▪ nur ambulant ohne ambulante Eingriffe – ambulant konservativ

- Konservative ambulante Behandlung in der Praxis (auch einschließlich Hausbesuche)
- nachstationäre Behandlung nach § 115 a SGB V

#### Beispiele

Abnehmen von Blut zu Untersuchungszwecken  
Abstriche (Entnahme von Untersuchungsmaterial von Haut- und Schleimhautoberfläche zur Diagnostik)  
Atherom-Entfernung  
Chemotherapie, nur Setzen von Spritzen, nicht Indikationsstellung  
Chirotherapie (Bezeichnung vorausgesetzt)  
Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie  
Facettentherapie, (z.B. Infiltrationen, Denervationen, Koagulationen, Facettenblockaden usw.)  
Gerstenkornentfernung, Hordeolum  
Implantation von Implanon  
Intraartikuläre Injektionen  
Liquor- oder Lumbal-Punktionen mit Entnahme von Nervenwasser und wirbelsäulennahe Injektionen/Infiltrationen ausschließlich für die Fachrichtung Neurologie  
Nagelentfernung  
Paravertebrale Injektionen und Infiltrationen  
Parazentese mit anschließender Paukendrainage  
Periduralanästhesie, Peridurale Injektion  
Periradikuläre Therapie  
Punktionen (mit Ausnahme von Leberpunktion, Punktionen zur Pränataldiagnostik und Entnahme von Gewebeproben);  
Sakrale Injektion  
Schluckeicho  
Schmerztherapeutische Injektionen außerhalb des Liquorraumes  
Schwangerschaftsabbruch – medikamentös  
Setzen von Spritzen als Therapie  
Spiralen legen/entfernen  
Verödung (Sklerosierung) von Krampfadern (Injektionsbehandlung oberflächlich gelegener Venen) außer Hämorrhoiden  
Visuelle diagnostische Endoskopien in Nase, Ohren und/oder Rachen  
Weichteileingriffe an Haut und Unterhautbindegewebe (z.B. Probeexzisionen, Entfernung von gutartigen Tumoren, Abszessen, Lipomen)  
Wundversorgung

### ▪ ambulante Eingriffe

- Alle im ambulanten Bereich vertretbaren Eingriffe, die eine stationäre Aufnahme des Patienten nicht erfordern.
- Alle diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen, die durch konventionelle schnittchirurgische Verfahren oder mit minimalinvasiver Technik (z.B. Endoskop, Katheter, Laser) standardmäßig ambulant durchgeführt werden (mit Ausnahme der unter „ambulant ohne“ fallenden Tätigkeiten)
- Die genannten Eingriffe sollten unter Berücksichtigung der Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften durchgeführt werden.

#### Beispiele für ambulante Eingriffe

Abrasionen, Curettage  
Abtragen von Polypen als therapeutisches Ziel  
Amniozentesen, Fruchtwasserpunktionen  
Angiographie, arteriell  
Arthroskopische Eingriffe an Gelenken  
Augeninnendruck-OP  
Basalzell-Karzinom-OP  
Bauch- /Blasenspiegelungen  
Beschneidung der Vorhaut  
Bronchoskopien  
Chemotherapie, Indikationsstellung  
Dilatationen  
Embolisation  
Entfernung von Zysten  
Ganglien-OP  
Gastroskopie  
Glaukom-OP  
Herzkatheterisierung  
Hysteroskopie zur Diagnose  
Indikationsstellung zur Chemotherapie  
Karpal- oder Tarsaltunnelsyndrom OP  
Katarakt-OP  
Koloskopie, Dickdarmspiegelung  
Konisationen vom Muttermund, Narbenkorrekturen am Scheideneingang  
Koronarinterventionen  
Laparoskopie  
LASEK, LASIK  
Laserkoagulationen bei Netzhautablösung  
Leberpunktion, Leberbiopsien  
Lithotripsie, operativ  
Malignes Melanom (OP)  
Mammapunktionen  
Oesophagoskopie

Pelviskopie  
Perkutane Eingriffe im Bereich der Bandscheibe (z.B. Akutherm, Nukleoplastie, Behandlungen mit Racz-Katheter)  
Phimosen-OP  
Proktoskopie, Darmspiegelung  
Refraktive Eingriffe  
Schmerztherapeutische Injektionen in den Liquorraum  
Schwangerschaftsabbruch – operativ  
Stanzbiopsien der Brust  
Sterilisation  
Varizeneingriffe jeglicher Art, außer Verödung  
Verödung von Hämorrhoiden

▪ **stationär**

- Alle Behandlungen von stationär (z.B. in einem Krankenhaus) aufgenommenen Patienten.  
Behandelt ein Arzt als z.B. Konsiliar- oder Honorararzt einen stationär aufgenommenen Krankenhauspatienten, hat grundsätzlich der Beitrag für stationäre Tätigkeiten Gültigkeit.
- Alle Behandlungen, die einen stationären Aufenthalt des Patienten erfordern
- Alle Behandlungen und Therapien, die in einen stationären Behandlungsablauf eingreifen, z. B. Radiologische Untersuchung/  
Befundung von stationär aufgenommenen Patienten

▪ **Folgende Risiken werden nicht angenommen**

- Schönheitschirurgie (kosmetische Eingriffe und Behandlungen, die aus rein ästhetischen Gründen vorgenommen werden)
- künstliche Befruchtungen jeglicher Art (z.B. In-vitro-Fertilisation, Insemination etc.)
- Präimplantationsdiagnostik, Nabelschnurblutbanken, Samenbanken etc.
- Behandlung mit Zellulartherapeutika (z.B. Frisch-, Gefrier-, Trockenzelltherapien) und Organpräparaten
- Behandlungen, Eingriffe, Verwendung etc. von Präparaten ohne Zulassung in Deutschland
- Geburtshilfe
- Fachärzte für Humangenetik sowie sonstige Fachgebiete mit der Zusatzbezeichnung medizinische Genetik
- Kryokonservierung
- Blutspendedienste, Blutbanken
- Programmverantwortliche Ärzte im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms
- Forensische Prognosegutachten bei Gewalt- und Sexualstraftätern

# Mitteilung nach § 19 Absatz 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 Bayerischen Versicherungsverband Versicherungsaktiengesellschaft (BVV AG), Maximilianstraße 53, 80530 München schriftlich nachzuholen.

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

## Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

### 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 Vertragsanpassung 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.