

Ich bin bereits bei der EUROPA versichert. Versicherungs-Nr. _____/_____

Bitte senden Sie diesen Antrag unterschrieben per Post an uns zurück.

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Frau Herr Firma Name (ggf. Geburtsname), Adresse _____

Geb.-Datum _____ Geburtsort und -land _____ Staatsangehörigkeit _____

Arbeitgeber/Dienststelle _____ Derzeitig ausgeübte Tätigkeit/Branche bzw. Studienrichtung _____

E-Mail-Adresse* _____

Telefon privat* _____ Telefon geschäftlich* _____

*freiwillige Angaben

Zu versichernde Person (Adresse nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Name, Vorname (ggf. Geburtsname) _____ Geb.-Datum _____ Geburtsort und -land _____ Staatsangehörigkeit _____

Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort _____ Geschlecht männlich weiblich Arbeitgeber/Dienststelle _____

Berufsstatus (zusätzliche Erläuterungen siehe Seite 4)

Selbstständiger Angestellter Arbeiter Öfftl. Dienst Beamter Student Uni/FH Auszubildender/sonst. Student _____ Derzeitig ausgeübte Tätigkeit/Branche bzw. Studienrichtung _____

Mitversichernde Person, nur bei Lebenspartnerrente Adresse wie Antragsteller abweichend (bitte gesondertes Blatt beifügen)

Name, Vorname (ggf. Geb.-Name) _____ Geb.-Datum _____ Staatsangehörigkeit _____

Zusätzliche Angaben der zu versichernden Person bei Abschluss einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (siehe Begriffserläuterungen)

Die folgenden Fragen zum Berufsbild führen bei bestimmten Berufen zu einer besseren Berufsgruppeneinstufung. Anhand Ihrer Angaben wird bei Policerung die für Sie bestmögliche Einstufung ermittelt.

Grad der abgeschlossenen Ausbildung

Akademiker Berufsausbildung mit Regelausbildungszeit von 3 Jahren oder mehr in der derzeitig ausgeübten Tätigkeit Haben sie eine leitende Tätigkeit mit mindestens 8 personell unterstellten Mitarbeitern? ja nein

Meisterprüfung in der derzeitig ausgeübten Tätigkeit Kfm. Gehilfenbrief (IHK) oder VFA Facharbeiterbrief (IHK) Gesellenbrief (Handwerkskammer) Üben Sie zu mindestens 75% eine Bürotätigkeit (Innendienst) und/oder Aufsichtstätigkeit aus? ja nein

Berufsgruppe (dem Antrag zugrundeliegende Berufsgruppeneinstufung)

Berufsgruppe 1++ Berufsgruppe 1+ Berufsgruppe 1 Berufsgruppe 2+ Berufsgruppe 2 Berufsgruppe 3

Vertragslaufzeit

Versicherungsbeginn _____ 01. _____ Versicherungsdauer _____ Jahre _____ Monate Beitragszahlungsdauer _____ Jahre _____ Monate

Alter bei Rentenbeginn (inkl. Abrufphase ab 60 Jahren) 65 Jahre 67 Jahre 70 Jahre

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) _____ Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer _____ Jahre _____ Monate Leistungsdauer (gerechnet ab Versicherungsbeginn) _____ Jahre

Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (EUZ) _____

Beitrag, Leistungen und Fondsauswahl

Life Invest Fonds-Rente mit Kapitalwahlrecht nach Tarif E-FR3 mit aufgeschobenem Rentenbeginn

ANLAGEPLAN 1 : Chancenorientiert

ANLAGEPLAN 2 : Börsendynamisch

ANLAGEPLAN 3 : Sicherheitsorientiert

EINZELFONDS : Freie Kombination

Bitte beachten Sie bei der Beantragung einer Fondsgebundenen Versicherung, dass die Zusammenstellung von Anlagedepots mit bestimmten Anlageschwerpunkten durch uns keine Empfehlung für eine bestimmte Fondsanlage bedeutet. Es bleibt in jedem Fall allein Ihrer Entscheidung überlassen, welche Investmentfonds Sie im Rahmen der Fondsgebundenen Versicherung verwenden wollen.

Mindestbeitrag 25 Euro monatlich. Anlage der Sparanteile in folgender Fondskombination (maximal 8 Fonds, ganzzahlige Prozentsätze, Gesamtsumme 100 %)

Fondsname	Renditebaustein	Anteil	Fondsname	Renditebaustein	Anteil
		%			%
		%			%
		%			%
		%			%

Beitragsrückgewähr im Todesfall

Kapitalrückgewähr oder Rentengarantie für _____ Jahre Lebenspartnerrente (nicht in Verbindung mit Kapitalrückgewähr oder Rentengarantie)

Beitragsbefreiung bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ/EUZ) BUZ BUZ Premium EUZ

Zahlungsweise monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich einmalig **Beitrag** _____ EUR

Verwendung der Überschussanteile

a) Rentenversicherung nach Rentenbeginn steigende Gewinnrente flexible Gewinnrente

b) BUZ/EUZ Beitragsverrechnung Die Höhe der Überschussbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

Falls keine Eintragung erfolgt, gilt für a) steigende Gewinnrente

Dynamische Erhöhung

Der Beitrag erhöht sich jährlich gemäß den Besonderen Bedingungen für die Dynamik zur Fondsgebundenen Versicherung im gleichen Verhältnis wie der Höchstbeitrag in der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund), mindestens jedoch um 5% und höchstens um 10% des Vorjahresbeitrages oder um einen gleichbleibenden Satz von

(bitte ggf. ankreuzen)

5 6 7 8 9 10 %

bitte ankreuzen, falls Dynamik **nicht** gewünscht

Einzugsermächtigung

Die Beiträge sind bis auf Widerruf von meinem Konto (kein Sparkonto) einzuziehen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
bei Geldinstitut	Bankleitzahl	Konto-Nr.

Name, Vorname, Anschrift und Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller

Legitimationsprüfung / Erklärung des Antragstellers (Geldwäschegesetz)

Der Antragsteller (Versicherungsnehmer) ist eine natürliche Person eine juristische Person (ggf. Zusatzformular erforderlich)

Wirtschaftlich berechtigt am beantragten Versicherungsvertrag ist (Mehrfachnennungen möglich)

- der Antragsteller
 der Bezugsberechtigte im Erlebensfall (falls abweichend vom Antragsteller)
 der Beitragszahler (falls abweichend vom Antragsteller)
 Zessionar / Abtretungsgläubiger
 zusätzliche weitere Personen oder eine juristische Person (ggf. Zusatzformular erforderlich)

Wirtschaftlich berechtigt ist die natürliche Person oder sind mehrere natürliche Personen, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Versicherungsnehmer letztlich steht oder die natürliche Person, auf deren Veranlassung eine Transaktion letztlich durchgeführt oder eine Geschäftsbeziehung letztlich begründet wird. Sofern mehrere Personen wirtschaftlich berechtigt sind, müssen alle angegeben werden.

Bezugsberechtigter (Bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben) für Leistungen aus der Versicherung sind

a) im Erlebensfall

Name, Vorname

Geburtsdatum

b) im Todesfall

Name, Vorname

Geburtsdatum

Rechtsnachfolge

Ist der Versicherungsnehmer (VN) nicht zugleich versicherte Person, so soll im Falle seines Todes die versicherte Person, sofern diese bei Antragstellung volljährig ist, den Vertrag als neuer VN fortführen. Die Rechtsnachfolge kann vom VN jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Empfangsbestätigung und Unterschrift

Hiermit bestätige ich, dass ich die Allgemeinen Vertragsinformationen (AVI), die Individuellen Vertragsinformationen (IVI) und das entsprechende Produktinformationsblatt (PIB) zur beantragten Life Invest Fonds-Rente und die Übersicht „Fonds im Überblick“ in Textform (z.B. schriftlich per Post, per Fax oder per Download als PDF-Datei unter <http://www.europa.de/vertragsinformationen>) erhalten habe.

Übernehmen Sie hier den

Stand vom Titelblatt der AVI

TT/MM/JJJJ

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers / ggf. der gesetzlichen Vertreter

Gesundheitsfragen (nur auszufüllen bei Einschluss BUZ/EUZ oder Lebenspartnerrenten-Zusatzversicherung)

Schweigepflichtentbindungserklärung der zu versichernden Person

Um Ihren Antrag zügig prüfen zu können, sind wir regelmäßig auf Auskünfte Dritter zu den Gesundheitsverhältnissen bei Vertragsabschluss angewiesen. Hierzu benötigen wir eine Erklärung der zu versichernden Person, mit der sie Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Personenversicherer, frühere und derzeitige gesetzliche Krankenkassen und Behörden, soweit sie dort vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden ist bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt hat, von ihrer Schweigepflicht entbindet. Wenn Versicherungsleistungen beansprucht werden, kann es für die Beurteilung unserer Leistungspflicht ebenfalls erforderlich sein, von den oben genannten Personen oder Einrichtungen Auskünfte zu den Gesundheitsverhältnissen einzuholen. Für die Antrags- und die Leistungsprüfung kann die Schweigepflichtentbindung von der versicherten Person jeweils generell oder individuell erklärt werden.

Schweigepflichtentbindungserklärung für die Antragsprüfung

Für die Antragsprüfung entbinde ich die oben genannten Personen und Einrichtungen **generell** von meiner Schweigepflicht. Der Versicherer wird mich vor einer Datenerhebung bei Dritten unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Ergeben sich nach Zustandekommen des Versicherungsvertrags 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 Schweigepflichtentbindung entsprechend - und zwar bis zu fünf Jahre nach der Antragsannahme, ggf. auch über meinen Tod hinaus. Im Übrigen kann ich jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung für die Zukunft nur nach Einzeleinwilligung erfolgt.

Für die im Rahmen der Antragstellung namentlich angegebenen Ärzte und sonstige Einrichtungen gilt das Einverständnis zur Datenerhebung für die Risikobeurteilung bei Antragsprüfung als erteilt; es erfolgt keine gesonderte Unterrichtung.

Bitte hier ankreuzen, wenn Sie sich im Rahmen der Antragsprüfung für die **individuelle** Entbindung von der Schweigepflicht entscheiden.

Ich wünsche, dass der Versicherer in jedem Einzelfall über eine beabsichtigte Datenerhebung informiert und diese nur nach meiner ausdrücklichen Zustimmung vornimmt. Mir ist bewusst, dass sich der Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrags dadurch verzögern oder der Versicherungsvertrag nicht zustande kommen kann.

Schweigepflichtentbindungserklärung für die Leistungsprüfung

Für die Leistungsprüfung entbinde ich die oben genannten Personen und Einrichtungen **generell** von meiner Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus. Der Versicherer wird mich bzw. meine Rechtsnachfolger vor einer Datenerhebung bei Dritten unterrichten und darauf hinweisen, dass der Erhebung widersprochen werden kann. Im Übrigen kann ich jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung für die Zukunft nur nach Einzeleinwilligung erfolgt.

Werden Leistungen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit beantragt, wird der Versicherer die generelle bzw. individuelle Schweigepflichtentbindung im Zuge der Leistungsprüfung anfordern.

Bitte hier ankreuzen, wenn Sie sich im Rahmen der Leistungsprüfung für die **individuelle** Entbindung von der Schweigepflicht entscheiden.

Ich wünsche, dass der Versicherer in jedem Einzelfall über eine beabsichtigte Datenerhebung informiert und diese nur nach ausdrücklicher Zustimmung durch mich oder meine etwaigen Rechtsnachfolger vornimmt. Mir ist bewusst, dass dadurch die Bearbeitung erheblich verzögert oder sogar unmöglich und die Leistungspflicht allein deshalb nicht festgestellt werden kann, weil erhebliche Auskünfte nicht eingeholt werden dürfen.

Schlusserklärung und Unterschrift

Die beigefügten Erklärungen habe ich gelesen. Diese enthalten unter anderem Erläuterungen zur Entbindung von der Schweigepflicht sowie zur Datenverarbeitung. Wenn ich die Ermächtigung zur Schweigepflichtentbindung nicht erteilen will, werde ich dies dem Versicherer mitteilen und erst im Fall einer von mir verlangten Auskunft schriftlich erklären, ob und inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Stellen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Die Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit meiner Unterschrift bestimme ich, dass sie Inhalt dieses Antrages sind. Informationen über mein Widerrufsrecht finde ich in Abschnitt 1 der Allgemeinen Vertragsinformationen zur Life Invest Fonds-Rente. **Ich stimme zu, dass der vereinbarte Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist liegen kann.**

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift der zu versichernden Person

Bei Minderjährigen: Unterschrift der gesetzl. Vertreter

Gesundheitsfragen

Antragsteller	Zu versichernde Person (falls nicht gleich Antragsteller)
<input style="width:90%;" type="text"/> <small>Name, Vorname</small>	<input style="width:90%;" type="text"/> <small>Name, Vorname</small>
<input style="width:20%;" type="text"/> <small>Geburtsdatum</small>	<input style="width:20%;" type="text"/> <small>Geburtsdatum</small>

Wichtiger Hinweis zur Anzeigepflicht

Die nachfolgend gestellten Fragen zur beantragten Versicherung sind für den Vertragsschluss erheblich. Bitte beantworten Sie daher diese Fragen wahrheitsgemäß und vollständig. Bitte beachten Sie, dass Sie den Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie oder die zu versichernde Person unrichtige und unvollständige Angaben machen. **Wenn Sie diese Anzeigepflicht verletzen, können wir unter den Voraussetzungen des Versicherungsvertragsgesetzes abgestuft nach dem Grad Ihres Verschuldens vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag unter Einhaltung einer Monatsfrist kündigen oder die Vertragsbedingungen anpassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - führen kann.** Nähere Informationen hierzu entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Bedingungen Abschnitt E „Angaben, die vor Vertragsbeginn erforderlich sind, und Folgen bei falschen Angaben“. Um Ihnen die Beantwortung der einzelnen Fragen zu erleichtern, haben wir vielfach in Klammern auch Beispiele für Krankheiten usw. genannt. Wir weisen allerdings darauf hin, dass es sich nicht um eine abschließende Aufzählung handelt.

Erklärungen der zu versichernden Person

(für zusätzliche Angaben siehe bitte nächste Seite!)

1	Größe <input style="width:30px;" type="text"/> cm	Gewicht <input style="width:30px;" type="text"/> kg	
2	Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krankheiten oder Beschwerden		
a	des Herzens oder des Kreislaufs (z. B. ärztlich diagnostizierter Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Thrombose, Venenleiden, Durchblutungsstörungen)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
b	der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
c	an Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse oder Galle (z. B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre oder -entzündungen, Fettleber oder Leberentzündung / Hepatitis, Veränderungen der Leberwerte)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
d	an Niere und Harnwegen, Prostata, Geschlechtsorganen (z. B. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
e	des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
f	durch akute oder chronische Infektionen (z. B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
g	des Gehirns und Nervensystems (z. B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, Parkinson, Migräne)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
h	der Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen (z. B. Bewegungseinschränkungen, Hüftgelenk-Fehlstellung, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, rheumatische Beschwerden, Fibromyalgie)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
i	der Haut (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
j	der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Sehstörungen, Horn- und Netzhauterkrankung, Star-Erkrankung, erhöhter Augenruck)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
k	der Ohren (z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Lärmschaden, Gleichgewichtsstörungen)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
l	durch Allergien (z. B. Heuschnupfen, Hausstauballergie, Lebensmittelallergien, sonstige Unverträglichkeiten)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
3	Haben Sie in den letzten 5 Jahren über einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen täglich Medikamente eingenommen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
4	Wurden Sie in den letzten 5 Jahren in Krankenhäusern oder Kuranstalten untersucht, behandelt oder beraten?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
5	Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren in ambulanter Behandlung von Ärzten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
6	Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren Krankheiten oder Beschwerden		
6 a	der Psyche (z. B. Depressionen, Angstzustände oder Zwangsstörungen, Neurose, vom Arzt diagnostizierter Stress- oder Erschöpfungszustand, Essstörung, Schmerzsyndrom, Burnout Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
b	der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie, Zyste, Lymphknoten)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
7 a	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel? Wurden Sie in den letzten 10 Jahren deswegen oder aufgrund deren Folgen beraten oder behandelt?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
b	Wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen Alkoholkonsums und / oder dessen Folgen beraten oder behandelt?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
8	Sind Sie zur Zeit mit einer Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung krankgeschrieben?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
9 a	Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen bzw. dauerhafte körperliche Behinderungen? Wenn ja, welche / aufgrund welchen Leidens?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
b	Besteht ein Grad der Behinderung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
10	Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test) oder warten Sie noch auf das Testergebnis?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
11	Rauchen Sie? Falls ja, was und wie viel täglich?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
12	Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert? Bitte Namen und Anschrift angeben. _____ _____		
13	Fahren Sie Motorrad, Quad oder Trike (Fahrer, Beifahrer, auch Saisonfahrer)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
14	Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 3 Monate ununterbrochen im außereuropäischen Ausland beruflich tätig oder ist geplant, innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
15 a	Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf ausgesetzt (z. B. Umgang mit gesundheitsgefährdenden, radioaktiven, explosiven Stoffen oder Strahlen, Aufenthalt in Krisengebieten)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
b	Betreiben Sie Sportarten oder Hobbies, bei denen besondere Gefahren bestehen (z. B. Flugrisiko / Drachenfliegen / Fallschirmspringen, Klettern, Tauchen, Extremsportarten, Kampfsportarten, Teilnahme an Wettbewerben / Rennfahrten)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

16	Bestehen für Sie schon Lebensversicherungen oder sind solche beantragt? Wann? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
17	Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge auf Lebensversicherungen abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? Weshalb? Wann? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Die Fragen 18 bis 24 sind zusätzlich bei Beantragung einer Berufs-/ Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung *) zu beantworten.

18	Bestehen für Sie schon Versicherungen für den Fall der Berufsunfähigkeit (auch Zusatzversicherungen sind anzugeben) oder sind solche beantragt? Wann? Monatliche Rente in Euro? Name des Unternehmens?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
19	Beabsichtigen Sie mit der beantragten Versicherung einen bestehenden Vertrag abzulösen? Wenn ja, welchen? Bis wann? Monatliche Rente in Euro? Name des Unternehmens?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
20	Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge auf Berufsunfähigkeit abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? Weshalb? Wann? Monatliche Rente in Euro? Name des Unternehmens?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

21	Haben Sie für den Fall der Berufsunfähigkeit darüber hinaus Leistungen zu erwarten? Sonstige Ansprüche (z.B. aus einer Pensionszusage)? Welche? Höhe der jeweiligen monatlichen Rente in Euro?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
22	Haben Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? Wenn ja, wann und weshalb?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
23	Bitte nennen Sie uns Ihre durchschnittlichen EUR Jahreseinkünfte aus selbstständiger bzw. nichtselbstständiger Arbeit der letzten 3 Jahre . _____		
24	Nur auszufüllen bei Gesamtrenten über 1.000 EUR (bei Ärzten über 1.500 EUR) monatlich (ggf. inkl. Sofortbonus): Ist Ihre gesamte monatliche Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente ¹⁾ im Verhältnis zu Ihrem Einkommen aus beruflicher Tätigkeit: - höher als 60 % des monatlichen Bruttoeinkommens (75 % bei betrieblicher Altersversorgung) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> oder - höher als 90 % des monatlichen Nettoeinkommens (90 %-Prüfung entfällt bei Selbständigen und bei betrieblicher Altersversorgung)? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		

*) Neben der Absicherung für den Fall der Berufsunfähigkeit sind auch Erwerbsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits- und Grundfähigkeitsleistungen zu berücksichtigen (private und betriebliche Leistungen aller beteiligten Versorgungsträger).

Zusätzliche Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen 1 bis 12 (bitte ggf. unterschriebenes Zusatzblatt beifügen)

Frage Nr.	Art Verlauf, Folgen (z.B. Krankheit, Verletzung), Befund/Diagnose der Untersuchung, verordnete Medikamente (Name, Dosierung)	Wann? Wie oft? Wie lange? AU-Zeiten?	Behandelnde Ärzte, Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Heilpraktiker, Physiotherapeut), Krankenhäuser, Kuranstalten mit Anschrift

Bitte auch Ihnen vorliegende Befunde/Krankenhaus- oder Kurentlassungsberichte mit einreichen.

Zusätzliche Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen 13 bis 24 (bitte ggf. unterschriebenes Zusatzblatt beifügen)

Frage Nr.	

Nichtrauchererklärung der zu versichernden Person (nicht erforderlich bei Rentenversicherungen)

Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Vertragsabschluss weder Zigaretten noch Zigarren, Pfeife oder sonstigen Tabak unter Feuer konsumiert hat und nicht beabsichtigt, in Zukunft zu rauchen. Ich habe in den vergangenen zwölf Monaten nicht geraucht und ich beabsichtige, auch in Zukunft nicht zu rauchen.

Ich weiß, dass eine unrichtige Erklärung den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben kann. Werde ich nach Vertragsabschluss Raucher, stellt dies eine Gefährerhöhung dar. Ich verpflichte mich, die EUROPA Lebensversicherung AG darüber unverzüglich zu informieren. Der Versicherungsvertrag wird dann auf den Beitrag des Rauchertarifs umgestellt, die Versicherungssumme bleibt in der bisherigen Höhe bestehen. Von dem Zeitpunkt der Gefährerhöhung an wird noch für 2 Monate Versicherungsschutz nach der bisherigen Versicherungssumme und dem bisherigen Beitrag geboten. Tritt der Leistungsfall nach Ablauf der Frist ein, ohne dass ich die EUROPA Lebensversicherung AG über die Gefährerhöhung informiert habe, vermindert sich die Versicherungssumme im Verhältnis des erforderlichen zum bisherigen Beitrag.

<input type="text"/>	X	<input type="text"/>
Ort und Datum	Unterschrift der zu versichernden Person	Bei Minderjährigen: Unterschrift der gesetzl. Vertreter

Unterschrift(en)

<input type="text"/>	X	X	<input type="text"/>
Ort und Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift der zu versichernden Person	Bei Minderjährigen: Unterschrift der gesetzl. Vertreter

Schlusserklärung / Einwilligungserklärung und Begriffserläuterungen zu Fragen der Berufsgruppeneinstufung

Schlusserklärung / Einwilligungserklärung

Die Fragen dieses Antrags sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Ich weiß, dass das Unternehmen bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung ganz oder teilweise verweigern kann.

Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen werden Ihr Antrag, der Versicherungsschein sowie die Ihnen vor Ihrer Vertragserklärung ausgehändigten Allgemeinen Vertragsinformationen.

Vereinbarung zum Beginn des Versicherungsschutzes auch vor Ablauf der Widerrufsfrist

Zu diesem Versicherungsantrag gilt als vereinbart, dass der Versicherungsschutz beginnt, sobald alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind und damit der Beginn des Versicherungsschutzes auch vor dem Ende der Widerrufsfrist liegen kann:

- beide Vertragspartner haben dem Vertragsabschluss zugestimmt. Vertragspartner sind dabei Sie als Antragsteller / Versicherungsnehmer und die EUROPA Lebensversicherung AG als Versicherungsunternehmen; Ihre Zustimmung erfolgt mit Stellung eines Versicherungsantrags, unsere Zustimmung durch Übersendung des Versicherungsscheins oder einer speziellen Annahmeerklärung;
- der vereinbarte Versicherungsbeginn wurde erreicht;
- der Einlösungsbeitrag wurde gezahlt oder eine Einzugsermächtigung erteilt.

Widerrufen Sie den Vertragsabschluss, werden wir den Beitrag anteilig für den Zeitraum nach Zugang Ihres Widerrufs erstatten. Ab dem Zugang Ihres Widerrufs besteht auch kein Versicherungsschutz mehr. Einzelheiten zu Ihrem Widerrufsrecht finden Sie in den „Allgemeinen Vertragsinformationen“, wir informieren Sie außerdem mit der Übersendung des Versicherungsscheins.

Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Nachstehende Einwilligungserklärungen gelten nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir als Teil der Allgemeinen Vertragsinformationen überlassen wurde.

■ Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten zum Zweck der Risikoprüfung und der Vertragsdurchführung

Ich willige ein, dass das Unternehmen im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen (z.B. Name und Anschrift) 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 übermittelt.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen des Versicherungsverbands Die Continentale und der Kooperationspartner Aachener Bausparkasse AG, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vermittler weitergeben.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung und -durchführung erforderlich ist.

■ Durchführung einer Bonitätsprüfung, Verwendung der Ergebnisse

Ich willige ferner ein, dass meine Antragsangaben Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort bei der Antragsprüfung genutzt werden, um bei einer Auskunftei (z.B. Infoscore, Creditreform) eine Bonitätsprüfung durchzuführen.

Darüber hinaus willige ich ein, dass die im Zuge der Bonitätsprüfung übermittelten Ergebnisse während der Laufzeit dieses Vertrags im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen gespeichert und zur Überprüfung sowie Verbesserung der Annahmerichtlinien bzw. für andere die Versichertengemeinschaft schützende Maßnahmen erneut ausgewertet werden dürfen.

■ Datenübermittlung an das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Das Unternehmen nimmt an dem von der Auskunftei informa IRFP GmbH betriebenen Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS) teil. Zweck des HIS ist die Identifikation erhöhter Risiken und die Vermeidung von Versicherungsbetrug.

Im Rahmen der Risiko- und/oder Leistungsprüfung meldet daher das Unternehmen bestimmte risikoerhöhende Merkmale (z.B. die Beantragung eines Versicherungsvertrags mit einer Todesfall-Leistung ab 100.000 Euro bzw. einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit einer Jahresrente von mindestens 9.000 Euro) sowie besondere Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten. Gesundheitsdaten werden an das HIS nicht gemeldet.

Ich willige ein, dass das Unternehmen für die Zwecke des HIS risikoerhöhende Merkmale sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten können, an die Auskunftei informa IRFP GmbH übermittelt.

Vorstehende Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags.

Einzelheiten zum HIS finden Sie im Abschnitt „Umstellung des Hinweis- und Informationssystems (HIS) - Leben“ und unter www.informa-irfp.de.

■ Nutzung personenbezogener Daten zu Werbezwecken

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich ferner ein, dass der Vermittler meine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf.

Weitere Erklärungen

Ich stimme zu, dass die Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit des Versicherungsvertrags in deutscher Sprache erfolgen.

Nur bei Beantragung einer Rentenversicherung zur Basisversorgung (Tarif E-R1B oder E-FR3B):

Einwilligungserklärung nach § 10 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Einkommensteuergesetzes (EStG)

Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Basisrenten-Versicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Name, gezahlte Beiträge, Steuer-Identifikationsnummer und Vertragsdaten, soweit sie von den Finanzbehörden verlangt werden, sowie Datum dieser Einwilligung) von der EUROPA Lebensversicherung AG an die Deutsche Rentenversicherung Bund als Zentrale Stelle und die Finanzbehörden übermittelt werden. Meine Einwilligungserklärung kann ich schriftlich widerrufen. Mir ist bekannt, dass die Beiträge steuerlich nicht als Sonderausgaben geltend gemacht werden können, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder sie widerrufe.

Eine Durchschrift des Versicherungsantrags wird mir sofort nach Unterzeichnung des Antrags ausgehändigt.

Genetische Untersuchungen und Analysen - Durchführung und Verwendung prädiktiver Gentests

Die EUROPA Lebensversicherung AG darf nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) von dem Antragsteller oder der zu versichernden Person weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrags die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen. Auch darf sie weder die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen noch solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden, es sei denn, es wird eine Versicherungsleistung von mehr als 300.000 Euro als Kapitalauszahlung oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart.

Vorerkrankungen und bestehende Erkrankungen sind jedoch anzuzeigen; insoweit sind die vorvertraglichen Anzeigepflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz zu beachten.

Umstellung des Hinweis- und Informationssystems (HIS) - Leben -

Die informa IRFP GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS).

An das HIS melden wir - ebenso wie andere Versicherungsunternehmen - erhöhte Risiken sowie das Bestehen von Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen. Verträge werden ab einer bestimmten Versicherungssumme bzw. Rentenhöhe gemeldet. Gemeldet werden können außerdem das Bestehen weiterer risikoerhöhender bzw. für die Leistungsprüfung relevanter Besonderheiten, die aber im Einzelnen nicht konkretisiert werden. Es werden keine Gesundheitsdaten an das HIS gemeldet. Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages richten wir Anfragen zu Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoerhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen.

Wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag beantragen, können wir Anfragen an das HIS stellen. In diesem Fall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsantrag beantworten und daher Auskunft geben müssen. Werden im Zusammenhang mit unserer Nachfrage bei Ihnen oder bei anderen Versicherern Gesundheitsdaten erhoben, erfolgt dies nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis oder - soweit zulässig - auf gesetzlicher Grundlage.

Begriffserläuterung zu Fragen der Berufsgruppeneinstufung

Berufsstatus: Hier ist der zum Zeitpunkt der Antragstellung geltende Berufsstatus anzugeben. Daher entfällt beispielsweise bei Schülern und Hausfrauen /-männern jegliche Angabe.

Bei Zeit- und Berufssoldaten entfällt die Angabe ebenfalls, der Berufsstatus wird im Rahmen der Risikoprüfung ermittelt. Bei Wehrpflichtigen während des Grundwehrdienstes gilt der vor Aufnahme des Wehrdienstes zuletzt ausgeübte Beruf und Berufsstatus.

Grad der Ausbildung: Eine Meisterprüfung oder eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem anderen, nicht ausgeübten Beruf, führt nicht zu einer Besserstufung in der derzeit ausgeübten Tätigkeit. Diese Beschränkung gilt nicht bei Akademikern.

Berufsausbildung mit Regelausbildungszeit von 3 Jahren oder mehr:

Die Regelausbildungszeit ist die in der jeweiligen Ausbildungsverordnung für die Berufsausbildung festgelegte "Basis"-Zeit. Die im konkreten Einzelfall benötigte Zeit bis zum Abschluss der Ausbildung kann sowohl kürzer als auch länger sein.

Akademiker / Student Uni / FH: Akademiker sind ausschließlich Personen, die einen akademischen Grad einer Hochschule (Universität; Uni) oder Fachhochschule (FH) nachweisen können (Diplom, Bachelor, Master, Staatsexamen). Fachhochschulen treten zum Beispiel auch unter den Bezeichnungen "Hochschule für angewandte Wissenschaften" oder "University of Applied Sciences" auf. Nicht zu den Akademikern zählen Absolventen von Berufsakademien (BA).

Bei Studenten einer Uni oder FH wird bereits während ihres Studiums ein akademischer Abschluss unterstellt.

Leitende Tätigkeit mit mindestens 8 personell unterstellten Mitarbeitern:

Bei der Bestimmung der Personenzahl werden alle personell unterstellten voll- oder teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden Mitarbeiter auf 400-Euro-oder 1-Euro-Basis sowie sonstige Aushilfskräfte und Mitarbeiter mit Zeitarbeitsverträgen unter sechs Monaten.

Bürotätigkeit / Aufsichtsführung: Bürotätigkeit und Aufsichtsführung können sich nur dann auf die Berufsgruppeneinstufung auswirken, wenn die Summe aus Bürotätigkeit und Aufsichtsführung zusammen mindestens 75% der Gesamttätigkeit ausmacht.

Bürotätigkeit ist eine Tätigkeit in einem Büro, in dem schriftliche Arbeiten, die Verwaltung und Organisation einer Firma oder Institution erledigt werden (kaufmännische Tätigkeiten).

Aufsichtsführung bedeutet die Überwachung, Kontrolle und Steuerung von fachlich unterstellten Mitarbeitern, um Schäden zu vermeiden oder um zu garantieren, dass die Tätigkeiten nach vorhandenen Standards bzw. Vorschriften erledigt werden (Sicherstellung der Qualität der erledigten Tätigkeiten). Die Aufsichtsführung erfolgt ohne eigene Mitarbeit. Die Ausbildung von Mitarbeitern zählt nicht zur Aufsichtsführung.