

Antrag

auf eine Risikoversicherung mit variablem Versicherungsschutz

EUROPA

Ihr Direktversicherer.

EUROPA Lebensversicherung AG
Piusstr. 137, 50931 Köln

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

Neuantrag Änderungsantrag zu Versicherungs-Nr. _____

Bitte senden Sie diesen Versicherungsantrag ausgefüllt und unterschrieben per Post an uns zurück.

Antragsteller (Versicherungsnehmer)			
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> 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
Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort		Staatsangehörigkeit	
		Arbeitgeber/Dienststelle	
Geschlecht			
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
Berufsstatus (zusätzliche Erläuterungen siehe Seite 4)			
<input type="checkbox"/> Selbstständiger	<input type="checkbox"/> Angestellter	<input type="checkbox"/> Arbeiter	<input type="checkbox"/> Öfftl. Dienst
<input type="checkbox"/> Beamter	<input type="checkbox"/> Student Uni/FH	<input type="checkbox"/> Auszubildender/sonst. Student	Derzeitig ausgeübte Tätigkeit/Branche bzw. Studienrichtung
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 Policierung die für Sie bestmögliche Einstufung ermittelt. Grad der abgeschlossenen Ausbildung			
<input type="checkbox"/> Akademiker	<input type="checkbox"/> Berufsausbildung mit Regelausbildungszeit von 3 Jahren oder mehr in der derzeitig ausgeübten Tätigkeit	Haben sie eine leitende Tätigkeit mit mindestens 8 personell unterstellten Mitarbeitern? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Meisterprüfung in der derzeitig ausgeübten Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Kaufmännischer Abschluss (IHK o. VFA)	<input type="checkbox"/> Abschluss Industrie (IHK)	<input type="checkbox"/> Handwerklicher Abschluss (HwO o. HWK)
		Üben Sie zu mindestens 75% eine Bürotätigkeit (Innendienst) und/oder Aufsichtstätigkeit aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Berufsgruppe (dem Antrag zugrundeliegende Berufsgruppeneinstufung)			
<input type="checkbox"/> Berufsgruppe 1++	<input type="checkbox"/> Berufsgruppe 1+	<input type="checkbox"/> Berufsgruppe 1	<input type="checkbox"/> Berufsgruppe 2+ <input type="checkbox"/> Berufsgruppe 2 <input type="checkbox"/> Berufsgruppe 3
Vertragslaufzeit			
Versicherungsbeginn	01. _____	Eintrittsalter	_____ Jahre
Versicherungsdauer	_____ Jahre	Beitragszahlungsdauer	_____ Jahre
Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)	_____ Jahre	Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer	_____ Jahre
Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (EUZ)	_____ Jahre	Leistungsdauer (gerechnet ab Versicherungsbeginn)	_____ Jahre
<i>Es besteht vorläufiger Versicherungsschutz ab Antragsingang gemäß beiliegender Information.</i>			
Beiträge und Leistungen			
Risiko-Lebensversicherung mit variablem Versicherungsschutz nach Tarif E-T3		<input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher	alle Werte in EUR
		Tarifbeitrag	Zahlbeitrag*
Versicherungssumme im ersten Versicherungsjahr	_____	_____	_____
Mehrbeitrag für Motorradfahrer	_____	_____	_____
Mehrbeitrag für erhöhtes Gewicht	_____	_____	_____
Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ/EUZ Premium)			
<input type="checkbox"/> BUZ <input type="checkbox"/> BUZ Premium <input type="checkbox"/> EUZ Premium			
<input type="checkbox"/> nur Beitragsbefreiung <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente	_____	_____	_____
Leistungsdynamik im BU-/EU-Fall			
<input type="checkbox"/> Jährliche Steigerung der BU-/EU-Rente bei	0,5% <input type="checkbox"/> 1,0% <input type="checkbox"/> 1,5% <input type="checkbox"/> 2,0% <input type="checkbox"/> 3,0% <input type="checkbox"/> anderer Satz _____ %		
<input type="checkbox"/> Karenzzeit für die BU-/EU-Rentenzahlung	_____ Monate	oder	<input type="checkbox"/> Sofortkapital bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeit (nicht in Verbindung mit Karenzzeit)
Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich		
Gesamtbeiträge	_____	_____	_____
Für die Vertragslaufzeit und Leistungen ist der beigelegte Verlaufsplan der versicherten Summen maßgebend. Dieser ist Bestandteil des Antrages. Bitte unbedingt mit zurücksenden!			
Verwendung der Überschussanteile			
Risiko-Lebensversicherung			Beitragsverrechnung
Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung			Beitragsverrechnung
* Die Höhe der Überschussbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.			

Einzugsermächtigung (stets erforderlich)

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)

Wirtschaftlich berechtigt am beantragten Versicherungsvertrag ist (Mehrfachnennungen möglich)

der Antragsteller

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.

der Beitragszahler (falls abweichend vom Antragsteller)

Zessionar / Abtretungsgläubiger

zusätzliche weitere Personen oder eine juristische Person (ggf. Zusatzformular erforderlich)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familien- und Vorname (ggf. abweichender Geburtsname)	Geburtsdatum
<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Bezugsberechtigt (Bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben) für Leistungen im Todesfall ist bzw. sind gleichberechtigt

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum

Eine ggf. vereinbarte BUZ-/EUZ-Rente erhält stets der Versicherungsnehmer

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), den Verlaufsplan der versicherten Summen und das entsprechende Produktinformationsblatt (PIB) zur beantragten Risikoversicherung 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

X

Unterschrift des Antragstellers / ggf. der gesetzlichen Vertreter

Gesundheitsfragen

Bitte beantworten Sie die Fragen auf beiliegendem Formular.

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 ihrer 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 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.

Schweigepflichtentbindungserklärung für die Leistungsprüfung

Für die Leistungsprüfung entbinde ich die oben genannten Personen und Einrichtungen **generell** von ihrer 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 Risikoversicherung und im Versicherungsschein. **Ich stimme zu, dass der vereinbarte Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist liegen kann.**

<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

EUROPA Lebensversicherung AG · Vorstand: Rolf Bauer (Vorsitzender), Helmut Posch (stv. Vorsitzender), Stefan Andersch, Dr. Dr. Michael Fauser, Peter Schuhmacher
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Horst Hoffmann · Sitz der Gesellschaft: Köln · Handelsregister Amtsgericht Köln Nr. B 4330
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer: DE124906368

Antragsteller	Zu versichernde Person (falls nicht gleich Antragsteller)
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Name, Vorname Geburtsdatum </div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Name, Vorname Geburtsdatum </div>

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 type="text"/> cm Gewicht <input 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 23 sind zusätzlich bei Beantragung einer Berufs-/ Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung *) zu beantworten.

18	Bestehen für Sie schon Versicherungen, Zusatzversicherungen oder Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken für den Fall der Berufsunfähigkeit*) oder sind solche beantragt? Monatliche Rente in Euro? Name des Unternehmens bzw des Versorgungsträgers?	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	<p>Nur auszufüllen bei Gesamrenten*) über 1.000 EUR (bei Ärzten über 1.500 EUR) monatlich (ggf. jeweils inkl. Sofortbonus):</p> <p>- Arbeitnehmer: EUR durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen <input type="text"/></p> <p>- Selbständiger: EUR Gewinn vor Steuern (Jahresüberschuss) <input type="text"/></p> <p>- betriebliche Altersversorgung: EUR durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen <input type="text"/></p> <p>Bei Gesamrenten*) über 2.500 EUR bitte Einkommensnachweise bzw. Nachweise über den Gewinn vor Steuern der letzten 3 Jahre einreichen.</p> <p>*) Bei den Gesamrenten sind neben der Absicherung für den Fall der Berufsunfähigkeit auch Erwerbsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits- und Grundfähigkeitsleistungen (<u>private und betriebliche Leistungen auch bei anderen Gesellschaften oder Versorgungsträgern</u>) zu berücksichtigen.</p>		

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 23 (bitte ggf. unterschriebenes Zusatzblatt beifügen)

Frage Nr.	

Nichtrauchererklärung der zu versichernden Person (nicht erforderlich bei Rentenversicherungen)

Ich habe in den letzten zwölf Monaten nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen und beabsichtige nicht, dies in Zukunft zu tun. Rauchen ist das Konsumieren von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Rauchtabak (Feinschnitt oder Pfeifentabak) oder sonstigem Tabak unter Feuer. Hierzu zählt ebenso die Benutzung eines elektrischen oder elektronischen Geräts wie beispielsweise einer e-Zigarette, einer e-Zigarre oder einer e-Pfeife. Ich weiß, dass ich verpflichtet bin, die EUROPA Lebensversicherung AG unverzüglich zu informieren, falls ich nach Antragstellung Raucher werde. Der Versicherungsvertrag wird dann ab dem auf die Gefahrerhöhung folgenden Monatsersten – gegebenenfalls auch rückwirkend – auf den höheren Beitrag des Rauchertarifs umgestellt, die Versicherungssumme bleibt in der bisherigen Höhe bestehen. Tritt der Leistungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt ein, zu dem ich die EUROPA Lebensversicherung AG hätte informieren müssen, verringert sich die Versicherungssumme im Verhältnis des bisherigen zum erforderlichen Beitrag. Das gilt nicht, wenn ich die Information nicht vorsätzlich unterlassen habe oder der EUROPA Lebensversicherung AG die Gefahrerhöhung zu diesem Zeitpunkt bekannt war. Die Versicherungssumme wird nicht verringert, wenn die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Leistungsfalls war.

<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

Schlussklärung / Einwilligungserklärung und Begriffserläuterungen zu Fragen der Berufsgruppeneinstufung

Schlussklärung / 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 Continentale Versicherungsverbandes 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 habe zur Kenntnis genommen, dass die Beiträge zur Kapital- bzw. Rentenversicherung in ihrem Gesamtbeitrag die garantierte versicherte Leistung unter Umständen übersteigen.

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 risikoe erhöhender 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 risikoe erhöhende 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 Versicherungsfalles 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 freiwillig Wehrdienstleistenden 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.

Ein kaufmännischer Abschluss wird mit einem Prüfungszeugnis (IHK) im kaufmännischen Bereich oder einem Kaufmannsgehilfenbrief (IHK) nachgewiesen.

Der Abschluss zum Verwaltungsfachangestellten (VFA) ist der abgeschlossenen kaufmännischen Ausbildung gleichgestellt.

Ein Abschluss Industrie wird mit einem Prüfungszeugnis (IHK) im Bereich Industrie oder einem Facharbeiterbrief (IHK) nachgewiesen.

Ein handwerklicher Abschluss wird mit einem Prüfungszeugnis (Handwerksordnung / HwO) oder einem Gesellenbrief (Handwerkskammer / HWK) nachgewiesen.

Akademiker / Student Uni / FH: Akademiker sind ausschließlich Personen, die einen akademischen Grad einer Hochschule gemäß den Hochschulgesetzen der jeweiligen Bundesländer (z.B. Universität; Technische Universität (TU), Fachhochschule (FH)) nachweisen

können (Diplom, Bachelor, Master, Staatsexamen). Duale Hochschulen führen zu einem akademischen Abschluss in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz. Nicht zu den Akademikern zählen Absolventen von Berufsakademien (BA).

Ein ausländischer akademischer Grad einer Universität wird anerkannt, wenn der Abschluss der internationalen Universität in Deutschland als Abschluss anerkannt ist.

Bei Studenten einer Hochschule, die zu einem akademischen Abschluss führt, 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.