

**Antrag
auf eine Risiko-
Lebensversicherung
(Ablebensversicherung)
– Austria –**

VORLÄUFIGE VERSICHERUNGS-ZUSAGE

Mit diesem Dokument gewähren wir aufgrund des gestellten Antrags bei Unfalltod vorläufigen Versicherungsschutz gemäß den Besonderen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Risikoversicherung.

Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem auf den Eingang Ihres Antrags folgenden Tag, frühestens jedoch zwei Monate vor dem beantragten Versicherungsbeginn.

Der Umfang dieses vorläufigen Versicherungsschutzes erstreckt sich auf die Versicherungsleistung, die für den Todesfall bei Beginn der Versicherung beantragt ist, höchstens auf einen Betrag von 100.000 EUR.

EUROPA Lebensversicherung AG



Bauer



Dr. Dr. Fauser

Antrag auf eine Risiko-Lebensversicherung



EUROPA Lebensversicherung AG
Piusstraße 137 - D-50931 Köln

VEP-Nr.: Ich bin bereits bei der EUROPA versichert. Versicherungs-Nr.:

Neuantrag Änderungsantrag zur Versicherungs-Nr.:

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

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Herr Frau Firma Name, Adresse:

Geburtsdatum: Geburtsort und -land:

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname):

Staatsangehörigkeit:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl: Wohnort:

E-Mail-Adresse*:

Derzeit ausgeübte Tätigkeit/ Branche bzw. Studienrichtung:

Selbstständig: ja nein

Arbeitgeber/Dienststelle:

Telefon tagsüber*: (*freiwillige Angaben)

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

Name, Vorname (ggf. Geburtsname):

Geb.-Datum: Geburtsort und -land:

Staatsangehörigkeit:

Geschlecht: männlich weiblich Arbeitgeber/ Dienststelle:

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort:

Berufsstatus: (zusätzl. Erläuterungen siehe Gesundheitsfragen) Selbständiger Angestellter Arbeiter Öffentl. Dienst Beamter Student Uni/FH Auszubildender / sonst. Student

Derzeit ausgeübte Tätigkeit / Branche bzw. Studienrichtung:

Zusätzliche Angaben der zu versich. Person bei Abschluss einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (zusätzl. Erläut. siehe Gesundheitsfragen)

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: Akademiker Meisterprüfung in der derzeit ausgeübten Tätigkeit Berufsausbildung mit abgelegter Lehrabschlussprüfung. Regelausbildungszeit von 3 Jahren oder mehr in der derzeit ausgeübten Tätigkeit

Haben Sie eine leitende Tätigkeit mit mindestens 8 personell unterstellten Mitarbeitern? ja nein

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

Kaufmännischer Abschluss (WKO o. HAK) Abschluss Industrie (WKO o. HTL) Handwerklicher Abschluss (WKO)

Vertragslaufzeit

Versicherungsbeginn: Eintrittsalter: Jahre Versicherungs- und Beitragszahlungs-Endalter: Jahre oder Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer: Jahre

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ): Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer: Jahre Leistungsdauer (gerechnet ab Leistungsbeginn): Jahre

Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (EUZ):

Beiträge und Leistungen

Risiko-Lebensversicherung nach Tarif E-T2

Raucher Nichtraucher

BUZ BUZ-Premium EUZ-Premium

nur Beitragsbefreiung

Beitragsbefreiung und monatl. Rente

Leistungsdynamik im BU-/EU-Fall jährliche Steigerung der BU-/EU-Rente bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit (max. 3,0%) 0,5% 1% 1,5% 2% 2,5% 3%

Karenzzeit für die BU/EU-Rentenzahlung Monate oder Sofortkapital bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeit

Zahlungsweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Versicherungssumme	Tarifbeitrag	Zahlbeitrag*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mehrbeitrag für Premium	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mehrbeitrag für Motorradfahrer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mehrbeitrag für erhöhtes Gewicht	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zusatzversicherung (BUZ/EUZ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gesamt-Tarifbeitrag:	<input type="text"/>	Gesamt-Zahlbeitrag: <input type="text"/>
Die Beiträge der Risiko-Lebensversicherung unterliegen einer 4%igen Versicherungssteuer auf den Zahlbeitrag.		ohne Versicherungssteuer <input type="text"/>
		mit 4 % Vers.-Steuer <input type="text"/>

Besondere Vereinbarung: Fristenverzicht bei Absicherung von Bankdarlehen *

Es wird abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen diese besondere Vereinbarung mit Versicherungsbeginn gewünscht, um ein Bankdarlehen mittels der beantragten Risikoversicherung abzuschließen. Die EUROPA Lebensversicherung AG leistet im Versicherungsfall durch Selbsttötung schon ab dem Zeitpunkt der Zahlung des Einlösebeitrages oder seit Wiederherstellung des Versicherungsvertrages und verzichtet auf die Ausübung der Rechte bei Verletzung von vorvertraglichen Anzeigepflichten, sofern keine arglistige Täuschung vorliegt (Leistungsweiterung), wenn der EUROPA Lebensversicherung AG spätestens 8 Wochen nach dem Policierungsdatum die zu Gunsten der kreditgebenden Bank erfolgte Sicherungsabtretung durch Vorlage der Abtretungsvereinbarung schriftlich angezeigt wird. Für die Leistungsweiterung ist ein Zusatzbeitrag in Höhe von 0,5% der Versicherungssumme pro Jahr zu zahlen, jedoch nur jeweils in den ersten drei Versicherungsjahren ab Versicherungsbeginn bzw. ab Wiederherstellung des Versicherungsvertrages.

* Die Vereinbarung des Fristenverzichts ist grundsätzlich bis zu einer Versicherungssumme in Höhe von 150.000 EUR möglich. Sollte die Versicherungssumme darüber hinausgehen, werden zwei Verträge poliziert: der erste mit einer Versicherungssumme von 150.000 EUR und Fristenverzicht, der zweite mit der darüber hinausgehenden Versicherungssumme ohne Fristenverzicht. Der Fristenverzicht bezieht sich auf die Restforderung der Bank oder Sparkasse zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles. Der Fristenverzicht gilt nicht für eine eventuell vereinbarte Zusatzversicherung.

Dynamische Erhöhung

Bitte ankreuzen, falls Dynamik gewünscht

Der Zahlbeitrag erhöht sich im Drei-Jahres-Rhythmus um 6%, gemäß den Besonderen Bedingungen für die Dynamik zur Risikoversicherung. Der Dynamikeinschluss gilt nur dann als vereinbart, wenn die maximale Versicherungssumme von 200.000 EUR bzw. BUZ-/EUZ-Rente von 2.000 EUR für den Dynamikeinschluss nicht überschritten wird. Je nach beruflicher Tätigkeit kann es weitere Höchstgrenzen geben, die wir Ihnen auf Wunsch gerne mitteilen.

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

Konto-Nummer: BLZ: Name und Ort des Geldinstitutes:

Name, Vorname, Anschrift und Unterschrift des Kontoinhabers, wenn abweichend vom Antragsteller:

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

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

Gesundheitsfragen Bitte beantworten Sie die Fragen auf beiliegendem Formular**Legitimationsprüfung/Erklärung des Antragstellers (Geldwäschegesetz):**

Ausweisdaten des Antragstellers (nicht erforderlich bei Abruf vom eigenen Konto)	<input type="checkbox"/> Personalausweis	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Reisepass	Ausweis-/Reisepass-Nummer	Ausstellende Behörde

Wirtschaftlich berechtigt am beantragten Versicherungsvertrag ist (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> der Antragsteller	▶	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> der Beitragszahler (falls abweichend vom Antragsteller)		Familien- und Vorname (ggf. abweichender Geburtsname) oder Firma	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Zessionar/Abtretungsgläubiger	▶	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> zusätzliche weitere Personen oder eine juristische Person (ggf. Zusatzformular erforderlich)		Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

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 sie angegeben werden.

Üben oder übten Sie ein wichtiges öffentliches Amt mit einer Entscheidungsbefugnis auf Staatsebene aus wie z. B. als Parlamentsmitglied, Regierungsmittglied, Staatssekretär aus oder sind Sie Mitglied in wichtigen staatlichen Organen wie obersten Gerichten, Rechnungshöfen oder in Führungsorganen staatlicher Unternehmen? ja *) nein

Sind Sie Botschafter, Geschäftsträger oder hochrangiger Offizier der Streitkräfte? ja *) nein

Sind Sie ein Familienmitglied einer dieser Personen oder sind Sie ihr nahestehend? ja *) nein

*) Falls ja, welches Mandat/Amt: _____ Ausgeübt von – bis: _____

Wenn Sie nicht selbst Mandats- oder Amtsträger waren/sind, welcher Art war/ist die Beziehung zum Mandats- oder Amtsträger? _____

Empfangsbestätigung und UnterschriftHiermit bestätige ich, dass ich die Allgemeinen Vertragsinformationen (AVI), die Individuellen Vertragsinformationen (IVI) 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TT/MM/JJJJ	Ort und Datum	Unterschrift des Antragstellers / ggf. der gesetzlichen Vertreter	

Schweigepflichtentbindungserklärung der zu versichernden Person

Um Ihren Antrag zügig zu prüfen, 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 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 besondere 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 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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers (bei Minderjährigen: Unterschrift gesetzl. Vertreter)	Unterschrift der zu versichernden Person (bei Minderjährigen: Unterschrift gesetzl. Vertreter)	Unterschrift des Vermittlers (Die Identifizier.-Angaben nach dem GwG habe ich persönlich abgenommen und als zutreffend bestätigt)

Versicherungsbedingungen: Ich bin damit einverstanden, dass die Versicherungsbedingungen gemäß der erhaltenen Vertragsinformationen für den beantragten Versicherungsschutz Bestandteil des Versicherungsvertrages werden.

Zustandekommen des Vertrages: Die Antragstellung begründet noch keinen Versicherungsvertrag. Ein Versicherungsvertrag kommt nicht vor Zugang des Versicherungsscheines oder einer gesonderten Annahmeerklärung zustande (im Einzelnen Abschnitt I Nummer 1 der zugrunde liegenden Bedingungen). Versicherungsschutz vor Zugang des Versicherungsscheines oder einer Annahmeerklärung besteht nur bei einem vorläufigen Versicherungsschutz in dem vom Versicherer dargelegtem Umfang.

Wichtige Hinweise: In Ergänzung und Abweichung von den in Deutschland für die Risiko-Lebensversicherung geltenden Bestimmungen finden die nachfolgenden zwingenden österreichischen Rechtsvorschriften im Sinne der §§ 5-9 des Bundesgesetzes über internationales Versicherungsvertragsrecht für den Europäischen Wirtschaftsraum (Fassung: 1993 mit späteren Änderungen)

- Anwendung: – §§ 9, 9a, 18, 18a, 18b Versicherungsaufsichtsgesetz 1978 (VAG Öst) mit späteren Änderungen,
– § 3, 3a, 4, 6, 10 Konsumentenschutzgesetz 1979 (KSchG Öst) mit späteren Änderungen,
– § 6 Versicherungsteuergesetz 1953 (VersStG Öst) mit späteren Änderungen,
– §§ 1a, 3 Abs. 3, 5 Abs. 1–3, 5b, 6 Abs. 1–3 und 5, 8 Abs. 2, 3, 11, 11a, 12, 14, 15a, 15b, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 34a, 35b, 38, 39, 39a, 40, 41, 41a, 42, 43, 43a, 44, 45, 46, 47, 48 Abs.1 S.2, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 164a, 165, 165a, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 177a, 178 Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG Öst) mit späteren Änderungen.

Versicherungssteuergesetz § 6 Abs. 1 Ziffer 1 VersStG (Öst): Die Beiträge (Prämien) unterliegen einer 4%igen Versicherungssteuer.

Schenkungssteuerermeldegesezt (SchenkMG): Beachten Sie bitte eine gegebenenfalls bestehende Meldepflicht nach dem derzeit gültigen Schenkungssteuerermeldegesezt.

Einkommensteuer – Sonderausgabenabzug: Die Beiträge sind im Rahmen der österreichischen Steuerertragsabzug zum Sonderausgabenabzug zugelassen.

In Abweichung zu den „Angaben, die vor Vertragsbeginn erforderlich sind, und Folgen bei falschen Angaben“ gilt Abschnitt E Ziffer 6.3 der Allgemeinen Vertragsinformationen wie folgt neu: Wegen einer Verletzung der Ihnen beim Abschluss des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht können wir vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit dem Abschluss drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

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

In Abweichung zu den „Allgemeine Vertragsinformationen zur Risikoversicherung – Tarif E-T2“ Teil A Ziffer 1, „Vorabinformationen zum Versicherer und zum Versicherungsvertrag“ gelten für Antragsteller mit Wohnsitz in Österreich folgende Vorabinformationen:

Informationen zum Versicherer

Identität des Versicherers

EUROPA Lebensversicherung AG
Plusstraße 137, D-50931 Köln
Sitz der Gesellschaft: Köln (Deutschland)
Handelsregister Amtsgericht Köln B4330
www.europa.de

Ladungsfähige Anschrift:

EUROPA Lebensversicherung AG
Plusstraße 137, D-50931 Köln

Vorstand: Rolf Bauer (Vorsitzender),
Helmut Posch (stv. Vorsitzender),
Stefan Andersch, Dr. Dr. Michael Fauser,
Peter Schumacher
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Horst Hoffmann

Identität eines Vertreters in dem Mitgliedsstaat der EU

Die EUROPA Lebensversicherung AG hat in keinem weiteren Mitgliedsstaat der Europäischen Union eine Niederlassung.

Hauptgeschäftstätigkeit und Aufsichtsbehörde

Hauptgeschäftstätigkeit ist das Betreiben der Lebensversicherung in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft.

Aufsichtsbehörde:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108, D-53117 Bonn

Informationen zum Sicherungsfonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der

Protektor Lebensversicherungs-AG
Wilhelmstraße 43 G, D-10117 Berlin
www.protektor-ag.de

errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von den Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die EUROPA Lebensversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an.

Informationen zur angebotenen Leistung

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Angaben über Art und Umfang der Versicherung sowie über Fälligkeit und Erfüllung der Leistung finden Sie in den Antragsunterlagen und im Versicherungsschein sowie in den in diesen Allgemeinen Vertragsinformationen abgedruckten folgenden Bedingungen:

Allgemeine Bedingungen für die Risikoversicherung (Fassung 01.2012)

Ergänzende Bedingungen für die Risikoversicherung Premium (Fassung 01.2012)

Allgemeine Bedingungen für die Risikoversicherung mit variablem Versicherungsschutz (Fassung 01.2012)

Besondere Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Risikoversicherung (Fassung 01.2012)

Falls Sie eine Dynamik abschließen: Besondere Bedingungen für die Dynamik zur Risikoversicherung und zur Risikoversicherung Premium (Fassung 01.2012)

Falls Sie eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung abschließen: Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Fassung 01.2012)

Falls Sie eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit erweiterten Leistungen abschließen: Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung BU-Vorsorge Premium (Fassung 01.2012)

Falls Sie eine Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung abschließen: Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung EU-Vorsorge Premium (Fassung 01.2012)

Die Angaben zum Umfang der Versicherung gelten vorbehaltlich eines möglichen Leistungsausschlusses.

Gesamtpreis der Versicherung

Der Gesamtpreis in EURO gemäß Zahlweise inkl. Nachlässe und Versicherungssteuer ist dem Vorschlag bzw. dem Antrag und dem Versicherungsschein zu entnehmen.

Zusätzlich anfallende Kosten, Steuern

Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen werden nicht erhoben bzw. in Rechnung gestellt – außer Mahngebühren sowie den Kosten bei Nichteinlösung im Rahmen eines Lastschriftinzugsverfahrens. Angaben über mögliche weitere Steuern finden Sie im Abschnitt Steuerregelungen. Bei Wohnsitz des Antragstellers in Österreich gilt: Die Beiträge der Lebensversicherungen unterliegen einer 4 %igen Versicherungssteuer.

Einzelheiten der Zahlung

Der erste Beitrag ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen. Liegt der vereinbarte Zeitpunkt des Versicherungsbeginns vor Vertragsschluss, ist der erste Beitrag unverzüglich nach Vertragsschluss zu zahlen.

Weicht der Versicherungsschein vom Antrag des Versicherungsnehmers oder den getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

Angaben zur Zahlungsweise des Beitrages finden Sie in den Antragsunterlagen und im Versicherungsschein.

Weitere Informationen hinsichtlich der Zahlung finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung Abschnitt F – Beitragszahlung und Folgen der Nichtzahlung.

Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Gültigkeitsdauer der Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen ist, vorbehaltlich zukünftiger Gesetzes- oder Tarifänderungen, nicht befristet.

Informationen zum Vertrag

Zustandekommen des Vertrages/Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen zustande. Ihre Willenserklärung ist der Antrag, unsere Willenserklärung ist der Versicherungsschein oder eine gesonderte Annahmeerklärung. Mit Zugang unserer Willenserklärung, also in der Regel des Versicherungsscheins, ist der Versicherungsvertrag rechtlich zustande gekommen.

Angaben über den Beginn der Versicherung und den Beginn des Versicherungsschutzes finden Sie in den Antragsunterlagen und im Versicherungsschein.

Rücktrittsrechte

Ein Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der jeweiligen Frist abgesendet wird.

Rücktrittsrecht nach § 3 Konsumentenschutzgesetz (Öst) (gilt nur für Verbraucher)

Hat der Versicherungsnehmer den Versicherungsantrag außerhalb der von der Versicherung dauernd benützten Räume unterfertigt, kann er bis zum Ende einer Woche nach Zustandekommen des Vertrages schriftlich vom Antrag bzw. Vertrag zurücktreten. Hat der Versicherungsnehmer die geschäftliche Beziehung zum Zwecke der Schließung des Vertrages selber angebahnt, steht ihm das Rücktrittsrecht nicht zu.

Rücktrittsrecht nach § 3a Konsumentenschutzgesetz (Öst) (gilt nur für Verbraucher)

Wenn für die Einwilligung des Versicherungsnehmers maßgebliche Umstände, deren Eintritt ohne seine Veranlassung durch Versicherer oder Vermittler in den Vertragsverhandlungen als wahrscheinlich dargestellt wurden, nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten, kann der Versicherungsnehmer binnen einer Woche schriftlich vom Antrag bzw. Vertrag zurücktreten. Die Frist beginnt zu laufen, sobald für den Antragsteller erkennbar ist, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten. Dieses Rücktrittsrecht steht dem Antragsteller nicht zu, wenn er wusste oder wissen musste, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten werden, oder wenn der Ausschluss dieses Rücktrittsrechtes mit dem Antragsteller individuell vereinbart wurde oder sich die Versicherung zu einer angemessenen Anpassung des Vertrages bereit erklärt. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach dem Zustandekommen des Versicherungsvertrages.

Rücktrittsrecht nach § 5 b Versicherungsvertragsgesetz (Öst)

Wenn Sie vor Unterzeichnung des Antrages keine Versicherungsbedingungen oder keine Kopie Ihres Antrages oder keine Mitteilungen gemäß §§ 9 a und 18 b Versicherungsaufsichtsgesetz VAG (Verbraucherinformation) erhalten haben, können Sie binnen zwei Wochen schriftlich vom Vertrag zurücktreten. Diese Frist beginnt zu laufen, sobald Ihnen die Versicherungsbedingungen, die Verbraucherinformation, der Versicherungsschein und eine Belehrung über dieses Rücktrittsrecht zugegangen sind. Es genügt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb der Frist abgesendet wurde. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins einschließlich einer Belehrung über dieses Rücktrittsrecht.

Rücktrittsrecht nach § 165 a Versicherungsvertragsgesetz (Öst)

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, binnen 30 Tagen nach dem Zustandekommen des Vertrags von diesem zurückzutreten (ausgenommen Gruppenversicherungsverträge).

Rücktrittsrecht nach § 8 Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz (Öst)

Wurde der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (d. h. z. B. über Internet, E-Mail, direct mail) abgeschlossen, hat der Versicherungsnehmer die Möglichkeit, innerhalb von 30 Tagen schriftlich zurückzutreten. Die Frist beginnt ab Erhalt der Vertragsunterlagen.

Der Rücktritt ist zu richten an:

EUROPA Lebensversicherung AG

per Post: Plusstraße 137, D-50931 Köln
per Fax: 0049 221 5737-380
per E-Mail: lv2@europa.de

Laufzeit des Vertrages

Diese Bestimmungen finden Sie in den jeweiligen Versicherungsbedingungen sowie in den Antragsunterlagen und im Versicherungsschein.

Beendigung des Vertrages

Diese Bestimmungen finden Sie in den jeweiligen Versicherungsbedingungen sowie in den Antragsunterlagen und im Versicherungsschein.

Besondere Vereinbarung zum anwendbaren Recht bzw. zum zuständigen Gericht

Auf das Versicherungsverhältnis und auf die vorvertragliche Beziehung findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Die Vereinbarung zum Gerichtsstand finden Sie in Abschnitt I – Allgemeine Vertragsbestimmungen – in den Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung.

Bei Wohnsitz des Antragstellers in Österreich ist für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherer auch das Gericht Ihres Wohnsitzes in Österreich zuständig sowie, wenn ein Versicherungsagent den Vertrag vermittelt oder abgeschlossen hat, gemäß den Voraussetzungen des § 48 VersVG das Gericht zuständig, in dessen Sprengel der Agent zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses des Vertrages seine gewerbliche Niederlassung oder in deren Ermangelung seinen Wohnsitz hatte.

Sprache

Die Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages erfolgen in deutscher Sprache.

Informationen zum Rechtsweg

Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Bei Fragen oder Beschwerden können Sie sich grundsätzlich an uns wenden. Wir sind gerne bereit, Ihnen behilflich zu sein.

Unser Versicherungsunternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Damit ist für Sie in allen streitigen Angelegenheiten, die im Zusammenhang mit dem Abschluss und der Durchführung des Versicherungsvertrages stehen, die Möglichkeit eröffnet, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer abschließenden Entscheidung von uns einmal nicht einverstanden sein sollten. Das Verfahren richtet sich nach der Verfahrensordnung des Ombudsmanns.

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32, D-10006 Berlin,
Tel.: 0049 30 20605899
Fax: 0049 30 20605898
beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Der Versicherungsombudsmann ist gemäß der Verfahrensordnung (Stand 18.11.2010) für folgende Beschwerden u. a. nicht zuständig:

- Der Beschwerdewert übersteigt 100.000 Euro.
- Bei Beschwerden, deren Gegenstand die bei der versicherungsmathematischen Berechnung angewandten Methoden oder Formeln sind.
- Bei Beschwerden, die bei der Versicherungsaufsicht anhängig sind.
- Bei Beschwerden, deren Gegenstand bereits vor einem Gericht, Schiedsgericht, dem Versicherungsombudsmann e.V. oder einer anderen Streitschlichtungseinrichtung anhängig ist oder von solchen Stellen entschieden oder geschlichtet worden ist.

Bei einem Beschwerdewert bis zu 10.000 Euro erlässt der Ombudsmann eine Entscheidung, die für uns als Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. bindend ist. Für Sie als Beschwerdeführer ist die Entscheidung nicht bindend. Bei einem Beschwerdewert ab 10.000,01 Euro bis zu 100.000 Euro spricht der Ombudsmann eine Empfehlung aus, die weder für Sie noch für uns bindend ist.

Ihr Recht, ein Gericht anzurufen, bleibt hiervon jederzeit unberührt.

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Es besteht weiterhin die Möglichkeit, eine Beschwerde an folgende Stelle zu richten:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
– Bereich Versicherungen –
Graurheindorfer Str. 108, D-53117 Bonn
www.bafin.de

Zusätzliche Informationen zur Lebensversicherung und ggf. eingeschlossener Zusatzversicherung

Überschussbeteiligung

Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe finden Sie im Abschnitt C „Überschussbeteiligung“ der jeweiligen Versicherungsbedingungen.

Rückkaufswerte

Angaben über den Rückkaufswert finden Sie in den Antragsunterlagen und im Versicherungsschein.

Informationen zur prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung

Angaben zur prämienfreien Versicherungsleistung finden Sie in den Antragsunterlagen und im Versicherungsschein.

Begriff Berufsunfähigkeit

Falls Sie eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitszusatzversicherung abschließen, beachten Sie bitte, dass Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieses Versicherungsvertrages nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung übereinstimmt.

Sonstige Abweichungen zu den „Allgemeinen Vertragsinformationen zur Risikoversicherung – Tarif E-T2“

Ersetzung „Bundesrepublik Deutschland“ durch „Republik Österreich“

In den Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung, Abschnitt B Nr. 3.2, den Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, Abschnitt A Nr. 3.2, den Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung BU-Vorsorge Premium, Abschnitt A Nr. 3.2 und Abschnitt C Nr. 1.2 und den Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung EU-Vorsorge Premium, Abschnitt A Nr. 3.2, wird jeweils „Bundesrepublik Deutschland“ durch „Republik Österreich“ ersetzt.

**Gesundheits-
Fragebogen**
zum Antrag auf eine
Risikolebensversicherung

Gesundheitsfragen

Antragsteller	Zu versichernde Person (falls nicht gleich Antragsteller)
<input style="width: 95%; height: 35px;" type="text"/> <small>Name, Vorname</small>	<input style="width: 95%; height: 35px;" type="text"/> <small>Name, Vorname</small>
<input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> <small>Geburtsdatum:</small>	<input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15%; height: 15px;" type="text"/> <small>Geburtsdatum:</small>
Erklärungen der zu versichernden Person (für zusätzliche Angaben siehe bitte nächste Seite!)	
<p>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.</p> <p>Angaben zu bereits durchgeführten prädiagnostischen Gentests brauchen Sie nicht zu machen.</p>	

1	Größe: <input style="width: 40px;" type="text"/> cm	Gewicht: <input style="width: 40px;" type="text"/> kg				
2	Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krankheiten oder Beschwerden					
2a	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, Meniskussschaden, 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 Augendruck)?	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					
6a	der Psyche (z. B. Depressionen, Angstzustände oder Zwangsstörungen, Neurose, vom Arzt diagn. 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"/>			

7a	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betaübungsmittel? 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"/>
9a	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"/>
15a	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 Hobbys, 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 EUR? Name des Unternehmens?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
17	Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge auf Lebensversicherung abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? Weshalb? Wann? Höhe der Versicherungssumme in EUR? Name des Unternehmens?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie alle Fragen, da sich durch Rückfragen die Bearbeitung verzögert!

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 EUR? 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 EUR? Name des Unternehmens?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
21	Haben Sie für den Fall einer Berufsunfähigkeit darüber hinaus Leistungen zu erwarten? Sonstige Ansprüche (z. B. aus einer Pensionszusage)? Welche? Höhe der jeweiligen monatlichen Rente in EUR?	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

Nur auszufüllen bei Gesamtrenten über 1.000 EUR (bei Ärzten über 1.500 EUR) monatlich (ggf. jeweils inkl. Sofortbonus):

- Arbeitnehmer: durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen	EUR <input type="text"/>
- Selbständiger: Gewinn vor Steuern (Jahresüberschuss)	EUR <input type="text"/>
- betriebliche Altersversorgung: durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen	EUR <input type="text"/>

Bei Gesamtrenten*) über 2.500 EUR bitte Einkommensnachweise bzw. Nachweise über den Gewinn vor Steuern der letzten 3 Jahre einreichen.

*) Bei den Gesamtrenten sind neben der Absicherung für den Fall der Berufsunfähigkeit auch Erwerbsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits- und Grundfähigkeitsleistungen (private und betriebliche Leistungen auch bei anderen Gesellschaften oder Versorgungsträgern) zu berücksichtigen.

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 Kur-Entlassungsberichte 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 Antragsstellung Raucher werde. Der Versicherungsvertrag wird dann ab dem auf die Gefährdung folgenden Monatsersten – gegebenenfalls auch rückwirkend – auf den höheren Beitrag des Raucherartils 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 Gefährdung zu diesem Zeitpunkt bekannt war. Die Versicherungssumme wird nicht verringert, wenn die Gefährdung nicht ursächlich für den Eintritt des Leistungsfalls war.

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

Unterschriften

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

Begriffserläuterung zu Fragen der Berufsgruppeneinstufung bei der BUZ/EUZ

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 in dem mit dem Antrag einzureichenden Bundeswehrfragebogen erfasst. 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.

Ein kaufmännischer Abschluss wird mit einem Prüfungszeugnis der Wirtschaftskammer Österreich (WKO) im kaufmännischen Bereich oder der positiv abgelegten Abschlussprüfung der Handelsakademie (HAK) nachgewiesen.

Ein Abschluss Industrie wird mit einem Abschlusszeugnis der Wirtschaftskammer Österreich (WKO) im Bereich Industrie oder der erfolgreich abgelegten Abschlussprüfung der Höheren Technischen Lehranstalt (HTL) nachgewiesen.

Ein handwerklicher Abschluss wird mit einem Abschlusszeugnis der Wirtschaftskammer Österreich (WKO) im handwerklichen Bereich nachgewiesen.

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

können. (Diplom, Bachelor, Master, Staatsexamen). Nicht zu den Akademikern zählen Absolventen von Berufsakademien (BA).

Ein österreichischer oder 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, nicht jedoch geringfügig sowie sonstige Beschäftigte, berücksichtigt.

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.

Schlussenerklärung / 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 Versicherungsbundes 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 Auskunft (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 Auskunft 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 risikoe erhöhende Merkmale (z. B. die Beantragung eines Versicherungsvertrags mit einer Todesfallleistung über 100.000 EUR bzw. einer Berufsunfähigkeitsversicherung mit einer Jahresrente von mindestens 9.000 EUR) 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 risikoe erhöhende Merkmale sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten können, an die Auskunft informa IRFP GmbH übermittelt.

Vorstehende Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags. Einzelheiten zum HIS finden Sie in dem unten auf dieser Seite abgedruckten 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 allgemeinen 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.

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.

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

Umstellungen 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 zur 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 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.

EUROPA Lebensversicherung AG

Direktion:
Piusstr. 137, D-50931 Köln
Postfach, D-50595 Köln

Vorstand: Rolf Bauer (Vorsitzender),
Helmut Posch (stv. Vorsitzender),
Stefan Andersch, Dr. Dr. Michael Fauser,
Peter Schumacher
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Horst Hoffmann

Sitz der Gesellschaft: Köln
Handelsregister Amtsgericht Köln B 4330
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer: DE124906368