

# Je besser die Antragsqualität, desto schneller die Policierung!

Ein gemeinsames Ziel ist es, unseren Kunden den bestmöglichen Service zu bieten. Hierzu zählt selbstverständlich auch die schnelle Policierung der von Ihnen eingereichten Anträge.

Eine wesentliche Voraussetzung für die schnelle Weiterbearbeitung sind vollständig und richtig ausgefüllte Anträge.

Wir hoffen, dass nachfolgende Tipps Ihnen beim Ausfüllen der Anträge helfen werden – so können wir zukünftig zeitaufwändige Rückfragen vermeiden und unseren gemeinsamen Kunden unnötige Wartezeiten ersparen.

Handschriftlich ausgefüllte Anträge sollten stets mit dem berechneten Angebot eingereicht werden – die Beitragsberechnung und der gewünschte Versicherungsschutz sind somit für uns schneller nachvollziehbar.



## AUSFÜLL-HINWEISE: 2. Seite Muster-Antrag

- 1 Wenn es sich bei dem eingereichten Antrag lediglich um eine Änderung eines bereits bestehenden Vertrages handeln soll, machen Sie dies bitte auf dem Antrag als **Änderungsantrag** kenntlich und nennen Sie uns die Versicherungsnummer des Vertrages, den Sie ändern möchten.
- Reichen Sie Anträge von mehreren Familienmitgliedern zusammen ein.
- 2 Antragsteller ist der **Versicherungsnehmer** des Vertrages, unser Vertragspartner. Er ist dafür verantwortlich, dass die Beiträge gezahlt werden.
- 3 Die **versicherte Person** ist die Person, auf deren Leben sich der Versicherungsvertrag bezieht.
- Falls der Einschluss der **Berufsunfähigkeitszusatzversicherung** gewünscht wird, achten Sie bitte auf die genaue Angabe der Berufsbezeichnung. Setzen Sie sich ggf. vor Einreichung des Antrags mit uns in Verbindung, um eventuelle Berufsgruppeneinstufungen schon im Vorfeld mit dem Kunden abzuklären.
- 4 Achten Sie auf die **Zuschläge** für Raucher, Motorradfahrer oder Übergewicht.
- Bitte wählen Sie den **Zahlbeitrag** im Antrag so, dass sich ein Nettobeitrag – entsprechend der gewählten Zahlungsweise – von **mindestens 10,- Euro** ergibt.
- 5 Berücksichtigen Sie bitte, dass die Beiträge zur Risiko-Lebensversicherung einer 4%igen **Versicherungssteuer** unterliegen. Die 4% sind auf den Zahlbeitrag hinzu zu addieren.
- 6 Besondere Vereinbarung: **Fristenverzicht bei Absicherung von Bankdarlehen:**  
Die Leistungserweiterung kann nur vereinbart werden, wenn uns mit dem Antrag eine Erklärung der Bank/Sparkasse eingereicht wird. Die Abtretung/Vinkulierung ist somit Voraussetzung für die Vereinbarung des Fristenverzichts.

### Antrag auf eine Risiko-Lebensversicherung

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

Neuank  **Änderungsantrag** zur Versicherungs-Nr.:

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

**EUROPA**  
Versicherungen

EUROPA Lebensversicherung AG  
Piusstraße 137 · D-50931 Köln

---

**Antragsteller (Versicherungsnehmer)**

Herr  Frau  Firma Name, Adresse: Geburtdatum: 07.10.1970 Geburtsort und land:

Mustermann, Max Staatsangehörigkeit:

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname): Musterstr. 1 Derzeit ausgeübte Tätigkeit/ Branche bzw. Studienrichtung:

Strasse, Hausnummer: A. 1180 Wien Selbstständig:  ja  nein

Postleitzahl: Wohnort Arbeitgeber/Dienststelle:

E-Mail-Adresse:  Telefon tagtäglich:  (Wichtig für Rückfragen) \*Freiwillige Angaben

---

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

Musterfrau, Eva 07.10.1972 Geburtsort und land:

Name, Vorname (ggf. Geburtsname): Geb. Datum: Staatsangehörigkeit:

Geschlecht:  männlich  weiblich Arbeitgeber/ Dienststelle:

Strasse, Hausnummer, PLZ, Wohnort:

Berufstätiger (ausst. Erled. - rungen siehe Gesundheitslagen)  Selbständiger  Beamter  Angestellter  Arbeiter  Offiziell. Dienst  Auszubildender/sonst. Student  Derzeit ausgeübte Tätigkeit/ Branche bzw. Studienrichtung

**Zusätzliche Angaben der zu versich. Person bei Abschluss einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (ausst. Erled. - siehe Gesundheitslagen)**

Die folgenden Fragen zum Berufsfeld 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 der.  Berufsausbildung mit abgeleit. Lehrabschlussprüfung (WKO)  in kaufmänn.  in handwerklichen Industrie-  Bereich  Haben Sie eine berufliche Tätigkeit mit mindestens 3-jähriger unterstellter Mitarbeit?  ja  nein

Berufsgruppe (dem Antrag zugrundeliegende Berufsgruppeneinstufung):  Berufsgruppe 1++  Berufsgruppe 1+  Berufsgruppe 1  Berufsgruppe 1  Berufsgruppe 2+  Berufsgruppe 2  Berufsgruppe 3

---

**Vertragslaufzeit**

Versicherungsbeginn:  Eintrittsalter:  Jahre Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer:  Jahre

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ):  Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer:  Jahre

Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (EUZ):  Laufzeitdauer (gerechnet ab Leistungsbeginn):  Jahre

---

**Beiträge und Leistungen**

Risiko-Lebensversicherung nach Tarif E-T2	Versicherungssumme	Tarifbeitrag	alle Werte in EUR	Zahlbeitrag*
<input type="checkbox"/> BUZ <input type="checkbox"/> BUZ-Premium <input type="checkbox"/> EUZ	Mehrbeitrag für Raucher			
<input type="checkbox"/> nur Beitragsbefreiung	Mehrbeitrag für Motorradfahrer			
<input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monat. Rente	Mehrbeitrag für erhöhtes Gewicht			
<input type="checkbox"/> Leistungsmilieu im BU-EU-Fall	Zusatzversicherung (BUZ/EUZ)			
<input type="checkbox"/> jährliche Steigerung der BU-EU-Rente bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit (max. 3,0%)	Gesamt-Tarifbeitrag:			
<input type="checkbox"/> 0,5% <input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 1,5% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 2,5% <input type="checkbox"/> 3%	Gesamt-Zahlbeitrag:			
<input type="checkbox"/> 0,5% <input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 1,5% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 2,5% <input type="checkbox"/> 3%	Gesamt-Zahlbeitrag:			
<input type="checkbox"/> Karenzzeit für die BU/EU-Rentenzahlung <input type="checkbox"/> Monate <input type="checkbox"/> oder <input type="checkbox"/> Jahre	Die Beiträge der Risiko-Lebensversicherung unterliegen einer 4%igen Versicherungssteuer auf den Zahlbeitrag			
<input type="checkbox"/> Sofortkapital bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeit	Gesamt-Zahlbeitrag: mit 4% Ver.-Steuer			
Zahlungsweise: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich				

Bitte Rückseite beachten!

5e 8141 09/2011 E:3

- 7 Die Erteilung einer Einzugsermächtigung ist stets erforderlich – auch bei jährlicher Zahlungsweise.
- 8 Das Bezugsrecht sollte genau festgelegt werden. Bezugsberechtigter ist die vom Versicherungsnehmer zum Empfang der Versicherungsleistung bestimmte Person. Der Eintrag „gesetzliche Erben“ reicht nicht aus. So stellen Sie sicher, dass auch in einem eventuellen Leistungsfall der Vorgang schneller bearbeitet werden kann.  
Bitte auch bei Abtretungen/Vinkulierungen immer ein namentliches Bezugsrecht nennen!
- 9 Beachten Sie die Angaben zur Legitimationsprüfung/Erklärung des Antragstellers (**Geldwäschegesetz**):  
Notieren Sie die Angaben aus dem Personalausweis. Werden die Angaben durch Sie geprüft, ist Ihre Unterschrift auf dem Antrag erforderlich.  
  
Wirtschaftlich berechtigt ist die natürliche Person bzw. sind mehrere natürliche Personen, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Versicherungsnehmer letztlich steht. Wirtschaftlich berechtigt am Versicherungsvertrag können mehrere Personen sein (z. B. Versicherungsnehmer, abweichender Beitragszahler).
- 10 **Besonders wichtig:** Angaben darüber, ob es sich beim Antragsteller um eine Person handelt, die ein wichtiges öffentliches Amt mit einer Entscheidungsbefugnis auf Staatsebene ausübt bzw. ausübte.  
  
○ Bitte **Hausarzt** (bzw. der Arzt, der über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person am besten informiert ist) mit **Namen und vollständiger Adresse** angeben.  
  
Die **Nichtrauchererklärung** muss (bei Beantragung des Nichtraucher tariffs) von der zu versichernden Person unterschrieben sein.
- 11 Die **Empfangsbestätigung** muss unterschrieben werden. Bitte übernehmen Sie den Stand vom Titelblatt der AVB.
- 12 Die Erteilung einer generellen Entbindung der Schweigepflicht beschleunigt die ggf. erforderlichen Anforderungen bei Ärzten zur Risiko- und/oder Leistungsprüfung.  
  
○ Die **Gesundheitsangaben** sind vollständig zu beantworten. Sollte der zur Verfügung stehende Platz auf den Anträgen nicht ausreichen, fügen Sie dem Antrag bitte eine Anlage bei. Werden „Routineuntersuchungen“ angegeben, benötigen wir hierzu genauere Informationen. Ergaben sich keine Krankheitsbefunde, benötigen wir ergänzend den Zusatz „ohne Befund“. Bitte reichen Sie – insbesondere Anträge und Gesundheitsangaben – nicht per e-mail, sondern per **Fax** oder **Post** bei uns ein.
- 13 Achten Sie darauf, dass die Anträge von allen Beteiligten des Vertrages **unterschrieben** werden.

<b>8</b>	<b>Bezugsberechtigter</b> (Bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben) für Leistungen im Todesfall ist bzw. sind Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Eine ggf. vereinbarte BUZ-/EUZ-Rente erhält stets der Versicherungsnehmer
	<b>Rechtsnachfolge</b> 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.
<b>9</b>	<b>Gesundheitsfragen</b> Bitte beantworten Sie die Fragen auf beiliegendem Formular! <b>Legitimationsprüfung/Erklärung des Antragstellers (Geldwäschegesetz):</b> Der Antragsteller (Versicherungsnehmer) ist <input type="checkbox"/> eine natürliche Person <input type="checkbox"/> eine juristische Person (ggf. Zusatznummer erforderlich) Ausweisdatens des Antragstellers (nicht erforderlich bei Ablauf vom eigenen Konto) <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Ausweis-/Reisepassnummer _____ Ausstellende Behörde _____ <b>Wirtschaftlich berechtigt am beantragten Versicherungsvertrag ist</b> (Wirtschaftlich berechtigter 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 Vermögensgegenstand die Geschäftsabwicklung letztlich begründet wird. Sofern mehrere Personen wirtschaftlich berechtigt sind, müssen sie angegeben werden.) <input type="checkbox"/> der Antragsteller <input type="checkbox"/> der Beitragszahler (falls abweichend vom Antragsteller) <input type="checkbox"/> Zessionar/Abtretungsgläubiger <input type="checkbox"/> zusätzliche weitere Personen oder eine juristische Person (ggf. Zusatznummer erforderlich) Familien- und Vorname (ggf. abweichender Geburtsname) oder Firma _____ Geburtsdatum: _____ Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort _____
<b>10</b>	Üben oder üben Sie ein wichtiges öffentliches Amt mit einer Entscheidungsbefugnis auf Staatsebene aus wie z. B. als Parlamentarier, Regierungsmitglied, Staatssekretär aus oder sind Sie Mitglied in wichtigen staatlichen Organen wie obersten Gerichten, Rechnungshöfen oder in Führungsorganen staatlicher Unternehmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sind Sie Betriebsrat, Geschäftsführer oder hochrangiger Mitarbeiter der Streikkräfte? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sind Sie ein Familienmitglied einer dieser Personen oder sind Sie ihr nahestehend? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein *) Falls ja, welches Mandat/Amt: _____ Ausgibt von – bis: _____ Wenn Sie nicht selbst Mandats- oder Amtsträger waren/sind, welcher Art war/die Beziehung zum Mandats- oder Amtsträger? _____
<b>11</b>	<b>Empfangsbestätigung und Unterschrift</b> Hiermit bestätige ich, dass ich die Allgemeinen Vertragsinformationen (AVI), die Individuellen Vertragsinformationen (IVI) und das entsprechende Produktinformationsblatt (PIB) zur beantragten Risiko-Lebensversicherung in Textform (z. B. schriftlich per Post, per Fax oder per Download als PDF-Datei unter <a href="http://www.europa-lebensversicherung.de">http://www.europa-lebensversicherung.de</a> ) erhalten habe. Übernehme ich hier den Stand vom Titelblatt der AVI <u>01.01.2010</u> <u>Musterstadt, 01.02.2011</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Mustermann, Max</u> Ort und Datum Unterschrift des Antragstellers (ggf. der gesetzlichen Vertreter)
<b>12</b>	<b>Schweigepflichtentbindungserklärung der zu versichernden Person</b> Um Ihren Antrag zgü 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 die Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Personenerversicherer, Führer und sonstige 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 beantragt werden, kann es für die Bearbeitung unserer Leistungspflicht ebenfalls erforderlich sein, von den oben genannten Personen oder Einrichtungen Auskünfte zu den Gesundheitsverhältnissen einzuholen. Für die Anlage- und Leistungsprüfung kann die Schweigepflichtentbindung von der versicherten Person jeweils generell oder individuell erklärt werden. <b>Schweigepflichtentbindungserklärung für die Anlageprüfung</b> Für die Anlageprüfung erlaube ich die oben genannten Personen und Einrichtungen generell von ihrer Schweigepflicht, die bei der Anlageprüfung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikoüberprüfung beeinflusst wurde, ggü. auch über meinen Tod hinaus, im Übrigen kann ich jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung für die Zukunft nur nach Einverständigung erfolgt. Für die im Rahmen der Anlageprüfung namentlich angegebenen Ärzte und sonstige Einrichtungen gilt die Entbindung zur Datenübertragung für die Risikoüberprüfung bei Antragstellung als erfüllt, es erfolgt keine besondere Unterrichtung. Bitte hier ankreuzen, wenn Sie sich im Rahmen der Anlageprüfung für die individuelle Entbindung von der Schweigepflicht erlauben. <input type="checkbox"/> Ich wünsche, dass der Versicherer in jedem Einzelfall über eine beschriebene Datenübertragung 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 ist und die Leistungspflicht allenfalls nicht freigelegt werden kann, weil erhebliche Auskünfte nicht eingeholt werden dürfen. <b>Schweigepflichtentbindungserklärung für die Leistungsprüfung</b> Für die Leistungsprüfung erlaube ich die oben genannten Personen und Einrichtungen generell von ihrer Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus, die Versicherer und mich bzw. meine Rechtsnachfolger vor einer Datenübertragung bei Dritten unterrichten und darauf hinweisen, dass der Erhebung abdringlich werden kann. Im Übrigen kann ich jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung für die Zukunft nur nach Einverständigung erfolgt. Werden Leistungen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit beantragt, wird der Versicherer die generelle bzw. individuelle Schweigepflichtentbindung im Zuge der Leistungsprüfung informiert. Bitte hier ankreuzen, wenn Sie sich im Rahmen der Leistungsprüfung für die individuelle Entbindung von der Schweigepflicht erlauben. <input type="checkbox"/> Ich wünsche, dass der Versicherer in jedem Einzelfall über eine beschriebene Datenübertragung 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 ist und die Leistungspflicht allenfalls nicht freigelegt werden kann, weil erhebliche Auskünfte nicht eingeholt werden dürfen.
	<b>Schlussklärung und Unterschrift</b> Die beigefügten Erklärungen habe ich gelesen. Diese enthalten unter anderem Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht sowie zur Datenverarbeitung. Wenn ich die Entbindung zur Schweigepflichtentbindung nicht erlaube, wird ich dies dem Versicherer mitteilen und es ist im Fall einer von mir verlangten Auskunft schriftlich erklären, ob und inwieweit ich die erbetene Auskunft erlaube, ob und inwieweit ich die erbetene Auskunft erlaube. Die Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich Inhalt dieses Antrages sind. Informationen über mein Widerrufsrecht finde ich in Abschnitt 1 der Allgemeinen Vertragsinformationen zur Risiko-Lebensversicherung. Ich schätze zu, dass der vereinbarte Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist liegen kann. Ort, Datum <u>Muster, 01.01.2010</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Mustermann, Max</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Musterfrau, Eva</u> <input checked="" type="checkbox"/> Unterschrift des Antragstellers (bei Minderjährigen: Unterschrift gesetzl. Vertreter) Unterschrift der zu versichernden Person (bei Minderjährigen: Unterschrift gesetzl. Vertreter) Unterschrift des Vermittlers (da Identifizierungs- und Anzeigepflicht)
	<small>Zustandekommen des Vertrages: Die Anlageprüfung begründet keinen Versicherungsvertrag. Ein Versicherungsvertrag kommt nicht vor Zugang der Versicherungsscheine oder einer genehmigten Veranlassungserklärung zustande (im Einzelnen Abschnitt 1 Nummer 1 der zugehörigen Bedingungen). Versicherungsschutz vor Zugang des Versicherungsscheines oder einer Anzeigenerklärung besteht nur bei einem vorläufigen Versicherungsschutz in dem vom Versicherer dargelegten 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 internationalen Versicherungsverträge (Fassung 1953 mit späteren Änderungen) Anwendung: § 9, 9a, 18, 18a, 18b Versicherungsaufsichtsgesetz 1978 (VAG OSt) mit späteren Änderungen; § 3, 3a, 4, 4, 10 Konsumentenschutzgesetz 1979 (KSchG OSt) mit späteren Änderungen; § 9 Versicherungssteuergesetz 1953 (VersStG OSt) mit späteren Änderungen; § 1a, 3 Abs. 3, 5 Abs. 1-3, 5 Abs. 1-3 und 5 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, 36, 39, 39a, 40, 41, 41a, 42, 43, 43a, 44, 45, 46, 47, 48 Abs. 1-2; § 159, 160, 161, 162, 163, 164, 164a, 165, 165a, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 177a, 178 Versicherungssteuergesetz 1958 (VersVG OSt) mit späteren Änderungen. Schenkungssteuerermäßigungsrecht (SchenKMG): Beachten Sie bitte eine gegebenenfalls bestehende Minderjährigkeit nach dem derzeit gültigen Schenkungssteuerermäßigungsrecht. Einkommensteuer – Sonderabgabenabzug: Die Beiträge sind im Rahmen der österreichischen Steuerabsetzung zum Sonderabgabenabzug zugelassen. In Abweichung zu den Angaben, die vor Vertragsbeginn erforderlich sind, und Folgen bei falschen Angaben: ggü. Abschnitt 2 Ziffer 4.3 der Allgemeinen Vertragsinformationen wie folgt neu. Wegen einer Verletzung der herein 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 Fasser, Heinz Jürgen Schütz - Vorsitzender des Aufsichtsrats; Dr. Horst Hoffmann Sitz der Gesellschaft: Köln - Handelsregister Amtsgericht Köln B 4330 - Umsatzsteuer-Identifikationsnummer: DE12406368</small>



1 Blatt - Original für EUROPA-Lebensversicherung AG 2 Blatt - Kopie für Antragsteller