Antrag

Berufsunfähigkeitsversicherung
EUROPA Berufsunfähigkeitsversicherung

Erwerbsunfähigkeitsversicherung
EUROPA Erwerbsunfähigkeitsversicherung

Stand: 01.05.2024

EUROPA Lebensversicherung AG
Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit
Piusstraße 137, D-50931 Köln
www.europa.de

EUROPA
VERSICHERUNG PUR.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Die nachfolgenden Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen. Die Anzeigepflicht ist vom Antragsteller – sowohl für sich als auch für die zu versichernde Person – zu beachten und zu erfüllen. Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung durch die zu versichernde Person.

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind uns gegenüber unverzüglich und unmittelbar schriftlich nachzuholen.

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

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes
Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang seiner Leistungspflicht

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Bei einer Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeitsversicherung wird kein Auszahlungsbetrag fällig.

2. Kündigung
Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann der Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat gekündigt werden. Bei einer Lebensversicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag im Falle der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsanpassung und Wegfall des Versicherungsschutzes
Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil, können also für bereits eingetretene Versicherungsfälle zum Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, verzichten wir auf das Recht zur Vertragsanpassung.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsanpassung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in einer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung der Rechte
Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt haben. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir die Erklärung stützen. Zur Begründung können nachträglich weitere Umstände angegeben werden, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung können wir uns nicht berufen, wenn der nicht angezeigte Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige bekannt war.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person
Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsanpassung und der Ausschlussfrist für die Ausübung seiner Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Diese Seite bitte an uns zurücksenden.

Persönlicher Antrag für Ihre

Berufs-/ Erwerbsunfähigkeitsversicherung (Tarife E-BU / E-EU)

EUROPA VERSICHERUNG PUR.

Vorschlags-Nr.

erstellt am

VEP-Nr.

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

☐ Neuantrag ☐ Änderungsantrag zu Versicherungs-Nr.

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in Textform **gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten**. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht **kann uns zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung berechtigen**. **Unvollständige und unrichtige Angaben** können – auch rückwirkend – zum **vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes** führen. **Bitte beachten Sie hierzu den Abschnitt „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 1 dieses Antrages.**

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Anrede ☐ Frau ☐ Herr ☐ Firma

Vor- und Nachname / Firma

Straße und Hausnummer

Postleitzahl **Wohnort**

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Arbeitgeber / Dienststelle

(1) **Berufsstatus** ☐ Selbstständiger/ Freiberufler ☐ Angestellter ☐ Arbeiter ☐ Öffentlicher Dienst ☐ Beamter ☐ Student staatl. (anerk.) Hochschule ☐ Auszubildender / sonst. Student

(1) Begriffserläuterungen siehe Seite 14

Beruf (zurzeit ausgeübt) / Branche bzw. Studienrichtung

(2) **Telefon-Nr.**

(2) **E-Mail-Adresse**

(2) Wir kontaktieren Sie ausschließlich um Vertragsfragen zu klären. Diese Angaben sind freiwillig.

Bitte prüfen Sie Ihre Angaben und ergänzen die noch offenen Felder. Bei Fragen rufen Sie einfach an unter: **0221 5737-230**

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)

Anrede ☐ Frau ☐ Herr

Vor- und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl **Wohnort**

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Arbeitgeber / Dienststelle

(1) **Berufsstatus** ☐ Selbstständiger/ Freiberufler ☐ Angestellter ☐ Arbeiter ☐ Öffentlicher Dienst ☐ Beamter ☐ Student staatl. (anerk.) Hochschule ☐ Auszubildender / sonst. Student

(1) Begriffserläuterungen siehe Seite 14

Beruf (zurzeit ausgeübt) / Branche bzw. Studienrichtung

(2) **Telefon-Nr.**

(2) **E-Mail-Adresse**

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden.

Zusätzl. Angaben zu Ausbildung und berufl. Tätigkeit der zu versichernden Person

Grad der Ausbildung

1 ☐ Akademiker (staatl. (anerk.) Hochschule) ☐ abgeschlossene Berufsausbildung mit Regelausbildungszeit von 3 Jahren oder mehr in der derzeitig ausgeübten Tätigkeit

1 Begriffserläuterungen siehe Seite 14

☐ abgeschlossene Meisterprüfung in der derzeitig ausgeübten Tätigkeit ☐ Kaufmännischer Abschluss (IHK o. VFA) ☐ Abschluss Industrie (IHK) ☐ Handwerklicher Abschluss (HwO o. HWK)

Haben Sie eine leitende Tätigkeit mit mindestens 5 personell unterstellten Vollzeitkräften? ☐ Nein ☐ Ja

Üben Sie zu mindestens 75 % eine Bürotätigkeit (Innendienst) und / oder Aufsichtstätigkeit aus? ☐ Nein ☐ Ja

Besondere Vereinbarungen

Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig?

Wenn ja, von welchen?

Vertragslaufzeit

2 **Versicherungsbeginn**

2 Schreibweise: 01 . Monat . Jahr

Eintrittsalter

3 **Versicherungsdauer** Jahre , Monate

3 Versicherungsdauer = Beitragszahldauer

Leistungsdauer Jahre , Monate (gerechnet ab Versicherungsbeginn)

Beiträge und Leistungen

Rauchverhalten ☐ Raucher ☐ Nichtraucher

Gewünschte Absicherung ☐ **Berufsunfähigkeit** (E-BU) ☐ **Erwerbsunfähigkeit** (E-EU)

Bitte kreuzen Sie den gewünschten Schutz an.

mit ☐ Karriere-Paket ☐ Pflege-Paket ☐ Plus-Paket (nur bei E-BU)

Rente monatlich EUR

Leistungsdynamik im BU-/EU-Fall Jährliche Steigerung der BU-Rente im Leistungsfall (0,1 % bis 3,0 %)

☐ 0,5 % ☐ 1,0 % ☐ 1,5 % ☐ 2,0 %

☐ 2,5 % ☐ 3,0 % % anderer Satz

Karenzzeit für die BU-/EU-Rentenzahlung (nicht in Verbindung mit Plus-Paket) ☐ ja Monate

Sofortkapital bei BU/EU ☐ ja (nicht in Verbindung mit Karenzzeit)

3 Überschussbeteiligung für die Zeit, in der keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit erfolgt.

3 **Überschussbeteiligung** Beitragsverrechnung

Die Überschussanteile werden sofort mit dem Tarifbeitrag verrechnet.

Zahlungsweise ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

Tarifbeitrag EUR

4 **Zahlbeitrag** (Beitragsverrechnung) EUR

4 Die Höhe der Überschussbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden.

Dynamische Erhöhung

Jährliche automatische Anpassung des laufenden Beitrags

☐ um einen gleichbleibenden Satz von ____ % (ganzzahlig 2 oder 3 %)

☐ im gleichen Verhältnis wie der Verbraucherpreisindex (mindestens um 2 %, höchstens um 6 %)

☐ **keine** Erhöhung des Beitrags

Bezugsberechtigung und Rechtsnachfolge

Bezugsberechtigung
(bitte immer namentlich benennen):

Bitte beachten Sie die Einschränkungen bei der Festlegung des Bezugsberechtigten auf dieser Seite unter „Bezugsberechtigter".

1 **Bezugsberechtigt für den Erlebensfall** der versicherten Person

1 falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer

☐ Frau ☐ Herr Geburtsdatum

Vor- und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl **Wohnort**

2 **Bezugsberechtigt für den Todesfall** der versicherten Person, sofern noch Leistungen fällig werden

2 falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer oder seine Erben

☐ Frau ☐ Herr Geburtsdatum

Vor- und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl **Wohnort**

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 weiterführen. Die Rechtsnachfolge kann vom VN jederzeit in Textform widerrufen werden.

Bezugsberechtigter

Bei der Festlegung des Bezugsberechtigten für die Versicherungsleistungen gelten für folgende Tarife Einschränkungen:

- Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif E-BU
- Erwerbsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif E-EU

Als Bezugsberechtigte für die genannten Tarife können folgende Personen festgelegt werden:

1. die versicherte Person
2. Personen, die nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 und Absatz 2 Versicherungsteuergesetz (VersStG) i.V.m. § 7 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und § 15 Abgabenordnung (AO) in einem persönlichen bzw. rechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen.

   Diese sind zum Beispiel:
   - Ehegatte oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes
   - Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerähnlichen Lebensgemeinschaft
   - Elternteil oder Kind einschließlich Adoptivelternteil oder Adoptivkind
   - Geschwister

Diese Einschränkungen, welche wir aufgrund einer Änderung des § 4 VersStG vorgenommen haben, gelten ab 01.01.2022 bei Vertragsabschluss sowie während der gesamten Vertragslaufzeit und nur für Versicherungsnehmer, die in Deutschland steuerlich ansässig sind.

Tarife, die im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung – inklusive Rückdeckungsversicherungen zu Unterstützungskassen und Pensionszusagen – abgeschlossen werden, sowie Tarife der Basisversorgung sind von dieser Einschränkung nicht betroffen.

Stand: 01/2022
Den jeweils aktuellen Stand können Sie auf unserer Internetseite www.europa.de einsehen. Mögliche Bezugsberechtigte teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden.

Risiko- und Gesundheitsfragen zu Ihrer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherung

EUROPA VERSICHERUNG PUR.

Vor- und Nachname (Antragsteller)

Vor- und Nachname (zu versichernde Person)

Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in Textform **gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten**. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht **kann uns zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung berechtigen**. **Unvollständige und unrichtige Angaben** können – auch rückwirkend – zum **vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes** führen. **Bitte beachten Sie hierzu den Abschnitt „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 1 dieses Antrages.**

Wir möchten Ihnen einen zuverlässigen Schutz anbieten. Dafür ist es wichtig, dass Sie uns bestmöglich unterstützen. Beachten Sie daher bitte diesen Abschnitt, bevor Sie die Risiko- und Gesundheitsfragen beantworten.

Bitte beachten Sie:
Ein ärztliches Attest oder ärztliches Zeugnis ersetzt nicht die Beantwortung dieser Fragen. Bitte beantworten Sie die Fragen auch, wenn Sie bei unserem Unternehmen oder einem anderen Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit bereits versichert sind. Achten Sie auch darauf, dass eventuelle Korrekturen von der versicherten Person in jedem Einzelfall abgezeichnet sein müssen.
Um Ihnen die Beantwortung der einzelnen Fragen zu erleichtern, haben wir vielfach in Klammern auch Beispiele für Krankheiten usw. genannt. Es handelt sich dabei nicht um eine abschließende Aufzählung. Angaben zu bereits durchgeführten prädiktiven Gentests brauchen Sie in der Regel nicht zu machen (s. Erläuterung auf Seite 10). Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Antragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne stellen, um dann aktuell eine Antragsentscheidung treffen zu können.

1. Größe _____ cm **Gewicht** _____ kg

2. Sind Sie in den letzten 5 Jahren untersucht, beraten oder behandelt worden hinsichtlich

Bei allen mit **„Ja“** beantworteten Fragen sind Zusatzangaben auf Seite 8 erforderlich!

a) des Herzens oder des Kreislaufs
(z.B. ärztlich diagnostizierter Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Thrombose, Venenleiden, Durchblutungsstörungen)? ☐ Nein ☐ Ja

b) der Atmungsorgane
(z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe)? ☐ Nein ☐ Ja

c) Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse oder Galle
(z.B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre oder -entzündungen, Fettleber oder Leberentzündung/Hepatitis, Veränderungen der Leberwerte)? ☐ Nein ☐ Ja

d) Niere und Harnwege, Prostata, Geschlechtsorgane
(z.B. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin)? ☐ Nein ☐ Ja

e) des Stoffwechsels
(z.B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)? ☐ Nein ☐ Ja

f) der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen
(z.B. Krebs, Anämie, Leukämie, Zyste, Lymphknoten)? ☐ Nein ☐ Ja

g) akuter oder chronischer Infektionen
(z.B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose)? ☐ Nein ☐ Ja

h) des Gehirn und Nervensystems
(z.B. Anfallsleiden, Lähmungen, Parkinson, Migräne)? ☐ Nein ☐ Ja

i) der Psyche
(z.B. Depressionen, Angstzustände oder Zwangsstörungen, Neurose, vom Arzt diagnostizierter Stress- oder Erschöpfungszustand, Essstörung, Schmerzsyndrom, Burnout Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch)? ☐ Nein ☐ Ja

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden.

j) Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen
(z.B. Bewegungseinschränkungen, Hüftgelenk-Fehlstellung, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, rheumatische Beschwerden, Fibromyalgie)? ☐ Nein ☐ Ja

k) der Haut
(z.B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte)? ☐ Nein ☐ Ja

l) der Augen
(z.B. Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, Sehstörungen, Horn- und Netzhauterkrankung, Star-Erkrankung, erhöhter Augendruck)? ☐ Nein ☐ Ja

m) der Ohren
(z.B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Lärmschaden, Gleichgewichtsstörungen)? ☐ Nein ☐ Ja

n) Allergien
(z.B. Heuschnupfen, Hausstauballergie, Lebensmittelallergien, sonstige Unverträglichkeiten)? ☐ Nein ☐ Ja

Bei allen mit **„Ja“** beantworteten Fragen sind Zusatzangaben auf Seite 8 erforderlich!

3. Haben Sie in den **letzten 5 Jahren** über einen Zeitraum **von mehr als 14 Tagen täglich** Medikamente eingenommen? ☐ Nein ☐ Ja

4. Wurden Sie in den **letzten 10 Jahren** in Krankenhäusern oder Kureinrichtungen stationär behandelt? ☐ Nein ☐ Ja

5. Sind oder waren Sie in den **letzten 5 Jahren** in ambulanter Behandlung von Ärzten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Psychotherapeut, Physiotherapeut)? ☐ Nein ☐ Ja

6. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den **letzten 3 Monaten** Gesundheitsstörungen oder Beschwerden?
Hierzu zählen unter anderem Herzrythmusstörungen,Schmerzen in der Herzgegend, Engegefühl im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Sensibilitäts-, Gang-, Gleichgewichts-, Seh, Hörstörungen, Blut im Stuhl oder in Körperflüssigkeiten, Rücken- oder Nackenbeschwerden über mehr als 24 Std., psychische Erschöpfungszustände, Wahrnehmungsstörungen, Angstzustände, wiederkehrende Schmerzzustände ungeklärter Ursache und allergische Reaktionen. ☐ Nein ☐ Ja

7. a) Nehmen/ nahmen Sie in den **letzten 5 Jahren** Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel? Wurden Sie in den **letzten 5 Jahren** deswegen oder aufgrund deren Folgen beraten oder behandelt? ☐ Nein ☐ Ja

b) Wurden Sie in den **letzten 5 Jahren** wegen Alkoholkonsums und/ oder dessen Folgen beraten oder behandelt? ☐ Nein ☐ Ja

8. Sind Sie zurzeit mit einer Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung krankgeschrieben? ☐ Nein ☐ Ja

9. a) Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen bzw. dauerhafte körperliche Behinderungen? Wenn ja, welche/ aufgrund welchen Leidens (z. B. Multiple Sklerose, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, rheumatoide oder infektiöse Erkrankungen)? ☐ Nein ☐ Ja

b) Besteht ein Grad der Behinderung (GdB), ein Grad der Schädigungsfolge (GdS), eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)? ☐ Nein ☐ Ja

10. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test) oder warten Sie noch auf das Testergebnis? ☐ Nein ☐ Ja

11. Sind Sie Raucher/in, haben Sie also in den **letzten 12 Monaten** aktiv, wenn auch nur gelegentlich, Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen? ☐ Nein ☐ Ja

12. Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?

Name _____

Fachrichtung _____

Anschrift _____

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden.

Bei allen mit **„Ja“** beantworteten Fragen sind Zusatzangaben auf Seite 8 erforderlich!

13. Beabsichtigen Sie, sich **innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate** in einem Land außerhalb der Europäischen Union aufzuhalten? Was war/ist der Grund des Auslandsaufenthalts? ☐ Nein ☐ Ja

14. a) Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf ausgesetzt
(z.B. Umgang mit gesundheitsgefährdenden, radioaktiven, explosiven Stoffen oder Strahlen, Aufenthalt in Krisengebieten)? ☐ Nein ☐ Ja

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 ☐ Ja

15. Bestehen bereits Absicherungen für den Todesfall, den Fall einer Berufs-, Erwerbs-, Dienstunfähigkeit oder den Verlust von Grundfähigkeiten oder wurden solche in den **letzten 5 Jahren** beantragt? ☐ Nein ☐ Ja

- Versicherungen, Zusatzversicherungen
- sonstige Ansprüche (z.B. aus einer betrieblichen Altersversorgung)
- Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder auf Versorgungsansprüche aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen)

Bitte nennen Sie uns die Art der Absicherung, die Höhe des Todesfallschutzes/der mtl. Rente in Euro und den Namen des Unternehmens/Versorgungsträgers.

_____

_____

16. Beabsichtigen Sie mit der beantragten Versicherung einen bestehenden Vertrag abzulösen? Wenn ja, welchen? Bis wann? Wie hoch ist die mtl. Rente in Euro? Bitte nennen Sie das Unternehmen. ☐ Nein ☐ Ja

17. Haben Sie in den **letzten 5 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? Wenn ja, wann und weshalb? ☐ Nein ☐ Ja

18. Nur auszufüllen bei Gesamtrenten*) **über 1.500 € monatlich**
(ggf. jeweils inklusive Sofortbonus).

Sie sind Arbeitnehmer/in:
Wie hoch ist Ihr jährliches Bruttoarbeitseinkommen? _____ €

Sie sind Selbstständige/r:
(1) Wie hoch ist Ihr Gewinn/Jahresüberschuss vor Steuern der **letzten 3 Jahre**?

_____ (Jahr) _____ €
_____ (Jahr) _____ €
_____ (Jahr) _____ €

(1) Aus selbstständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb ohne Vermietung und Verpachtung.

Seit wann sind Sie selbstständig? _____ (Monat/Jahr)

betriebliche Altersversorgung:
Wie hoch ist Ihr jährliches Bruttoarbeitseinkommen? _____ €

Bei Gesamtrenten*) über 3.000 Euro bitte Einkommensnachweise bzw. Nachweise über den Gewinn/Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre einreichen.

*) Bei den Gesamtrenten sind private und betriebliche Leistungen, auch bei anderen Gesellschaften/Versorgungsträgern, sowie Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder auf Versorgungsansprüche aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen mit einzubeziehen.

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden.

Zusätzliche Angaben zu den mit „Ja“ beantworteten Risiko- und Gesundheitsfragen

Bitte reichen Sie auch vorliegende Befunde, Krankenhaus- oder Kurentlassungsberichte mit ein.

Falls der Platz zur Beantwortung nicht ausreicht: Unausgefüllte Seite kopieren oder weitere Informationen auf einem Zusatzblatt eintragen. **Bitte die Unterschrift nicht vergessen.**

Sie haben Fragen zu den Zusatzangaben? Rufen Sie uns an unter: **0221-5737 230**

Ihre Zusatzangaben zu den Fragen 1-10

zu Frage Nr.	**Art, Verlauf, Folgen (z.B. Krankheit, Verletzung), Befunde/Diagnose der Untersuchung, Operationen. Folgenlos ausgeheilt?**	**Seit wann? Wie lange? Wie oft? AU-Zeiten?**	**Verordnete Medikamente** Name und Dosierung. Seit wann? Wie oft? Wie lange?	**Name und Anschrift behandelnder Ärzte, Angehörige sonst. Gesundheitsberufe** (z.B. Heilpraktiker, Krankengymnast, Physiotherapeut, Psychotherapeut), **Krankenhäuser, Kureinrichtungen.**

Ihre Zusatzangaben zu den Fragen 11-18

zu Frage Nr.	**Bitte tragen Sie hier die näheren Informationen zu der jeweiligen Frage ein:**

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden.

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

Zur Bearbeitung Ihres Antrags und zur Durchführung des Versicherungsvertrags müssen wir, die EUROPA Lebensversicherung AG, auch Gesundheitsdaten oder andere besonders schutzwürdige Daten verarbeiten. In den nachfolgend genannten Fällen benötigen wir dazu Ihre Einwilligung.
Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Informationen, die der Schweigepflicht unterliegen, bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben oder an einbezogene Dritte, z. B. Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen. Der Schweigepflicht unterliegen insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, aber auch andere Informationen, z. B. dass ein Vertrag mit Ihnen besteht.

1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch die EUROPA Lebensversicherung AG
Zur Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten bei der Risikobeurteilung im Antragsfall (Risikoprüfung) benötigen wir Ihre Einwilligungserklärung.
In der Risikoprüfung nutzen wir auch vollautomatisierte Verfahren zur Einschätzung individueller Risiken. Dadurch kann zügig und kostengünstig entschieden werden, ob und zu welchen Bedingungen Versicherungsschutz geboten werden kann.
Auch in der Leistungsprüfung können Gesundheitsdaten vollautomatisiert verarbeitet werden. Wir prüfen dabei maschinell, ob und in welchem Umfang Sie eine Leistung beanspruchen können. Berechtigte Ansprüche können so schneller erfüllt und unberechtigte abgelehnt werden. Hierzu benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG meine in diesem Antrag, in einem früheren Antrag oder Vertragsverhältnis und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Risikoprüfung sowie zum Abschluss dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist. Weiter willige ich ein, dass meine Gesundheitsdaten in der Risiko- und/oder Leistungsprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten und anderen der Schweigepflicht unterliegenden Informationen bei Dritten
2.1. Abfrage bei Dritten zur Risiko- und Leistungsprüfung
Für die Risikoprüfung kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Solche Stellen können z. B. Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime, Pflegepersonen, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Personenversicherer und Behörden sein. Außerdem kann es zur Leistungsprüfung erforderlich sein, dass wir durch Anfragen bei diesen Stellen die Angaben über Ihre Gesundheit prüfen, die Sie machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Gutachten oder Mitteilungen eines Arztes) ergeben. Dazu müssen wir zunächst diese Stellen die für die Anfrage notwendigen Informationen mitteilen, z. B. dass ein Versicherungsvertrag mit Ihnen besteht und dass wir eine Auskunft zu einer Erkrankung benötigen.
Diese Anfrage und Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere der Schweigepflicht unterliegende Informationen weitergegeben werden müssen.
Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bei Nichtabgabe der Erklärung kann die Risiko- und Leistungsprüfung nur erfolgen, wenn Sie die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

☐ **Möglichkeit I:**

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG – soweit es für die Risikoprüfung oder für die Leistungsprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen, sonstigen Angehörigen eines Heilberufs sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verarbeitet.
Ich befreie die genannten Stellen und die für sie tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten und andere der Schweigepflichtentbindung unterliegenden Informationen aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die EUROPA Lebensversicherung AG übermittelt werden.
Soweit es für die Abfrage erforderlich ist, bin ich auch damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang meine Gesundheitsdaten und andere der Schweigepflicht unterliegende Informationen durch die EUROPA Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden. Insoweit befreie ich die für die EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.
Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen. Dann werde ich auch darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst vorlegen kann.

☐ **Möglichkeit II:**

Ich wünsche, dass mich die EUROPA Lebensversicherung AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich
- der Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die EUROPA Lebensversicherung AG zustimme, die genannten Stellen und die für sie tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die EUROPA Lebensversicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst vorlege.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer verzögerten Bearbeitung meines Anliegens führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Die Erklärungen gelten auch für die Bearbeitung aller Versicherungsfälle, die vor Ablauf der genannten Frist eingetreten sind. Für die Prüfung, ob bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden Möglichkeiten und kreuzen Sie diese an.

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden.

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Leistungsprüfung kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Das gilt auch für die bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss mögliche Prüfung, ob bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

☐ Für den Fall meines Todes stimme ich der Erhebung meiner Gesundheitsdaten und anderer der Schweigepflicht unterliegenden Informationen bei anderen Stellen wie oben unter Ziffer 2.1 (Möglichkeit I Absätze 1 bis 3) beschrieben zu. Dies gilt für die Leistungsprüfung bzw. eine erforderliche erneute Antragsprüfung.

Bitte ankreuzen!

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und anderer der Schweigepflicht unterliegender Informationen an Stellen außerhalb der EUROPA Lebensversicherung AG

Für die Risiko- und Leistungsprüfung kann es notwendig sein, Ihre Daten an Stellen außerhalb der EUROPA Lebensversicherung AG weiterzugeben. Dies geschieht regelmäßig auf gesetzlicher Grundlage,
z. B. an medizinische Gutachter und Auftragsverarbeiter. In den nachfolgenden Fällen ist eine Einwilligung und / oder eine Schweigepflichtentbindung zur Bearbeitung Ihrer Anliegen zwingend erforderlich.

3.1. Übertragung von Aufgaben auf Dienstleister

Wir übertragen bestimmte Aufgaben im Bereich der Risikoprüfung, Vertragsverwaltung oder der Leistungsprüfung auf andere Gesellschaften des Continentale Versicherungsverbunds oder einen anderen Dienstleister. Alle Dienstleister sind zur Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit sowie zur Geheimhaltung verpflichtet.
Für die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch einige Dienstleister benötigen wir Ihre Einwilligung. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über diese Dienstleister und Kategorien von Dienstleistern in unseren Datenschutzhinweisen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültigen Datenschutzhinweise finden Sie im Internet unter www.europa.de/datenschutz. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Dienstleister bitten wir Sie um Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an die in der oben erwähnten Liste genannten Dienstleister übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die EUROPA Lebensversicherung AG dies tun dürfte.

3.2. Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben.
Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag dem Rückversicherer vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.
Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer uns aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.
Haben Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.
Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherer weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden.
Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.
Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z. B. Statistik, wissenschaftliche Forschung) verarbeitet. Ohne die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden Sie von uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verarbeitet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren der Schweigepflicht unterliegenden Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer

Wenn Sie als versicherte Person nicht selbst Antragsteller bzw. Vertragspartei sind, kann es erforderlich sein, dass wir dem Versicherungsnehmer Daten mitteilen, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen. Das gilt insbesondere für die Ergebnisse der Risikoprüfung wie die Versicherbarkeit einschließlich der Feststellung etwaiger Ausschlüsse vom Versicherungsschutz wegen bestimmter Erkrankungen. Auch zur Durchführung des Versicherungsvertrags kann es erforderlich sein, dem Versicherungsnehmer Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit geben, zur Kenntnis zu geben. Das gilt insbesondere, wenn an den Versicherungsnehmer Hinweise auf zu erfüllende vertragliche Anzeige- und Auskunftspflichten oder zur Einhaltung von Fristen gegeben werden müssen sowie für die Mitteilung der Ergebnisse der Leistungsprüfung. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, für diesen Fall einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten – soweit dies für die oben genannten Zwecke erforderlich ist – dem Versicherungsnehmer gegenüber offenlegt. Soweit erforderlich, entbinde ich dazu die für die EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden.

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben in der Regel keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvermittler (Versicherungsvertreter oder Versicherungsmakler) weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Versicherungsvermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Versicherungsvermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Versicherungsvertreters kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Versicherungsvertreter kommen. Sie werden in diesem Fall vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten an den neuen Versicherungsvertreter informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen. Dies gilt auch für eine Übertragung von Vertragsdaten von einem Versicherungsmakler auf einen Versicherungsvertreter. Für die Übertragung von Vertragsdaten von einem Versicherungsmakler auf einen anderen Versicherungsmakler gilt dies nur, sofern der neue Versicherungsmakler dem Versicherungsunternehmen noch keine Maklervollmacht vorgelegt hat und eine Datenübermittlung erforderlich ist. In diesem Fall benötigen wir auch Ihre Schweigepflichtentbindung.

Für die Datenweitergabe in diesen Fällen benötigen wir Ihre Einwilligung. Die Einwilligung gilt auch für die Übermittlung von Gesundheitsdaten an Dienstleistungsgesellschaften, die vom Versicherungsvermittler für die Entgegennahme von Daten beauftragt sind. Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsvermittler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvermittler ein. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler und Dienstleister von Versicherungsvermittlern übermittelt und diese dort verarbeitet werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich dazu die für die EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler nach Ende ihrer Betreuung

Im Laufe eines Versicherungsvertrags kann es vorkommen, dass ein selbstständiger Versicherungsvermittler, der Ihren Vertrag vermittelt oder erweitert (sog. Abschlussvermittler) und diesen auch betreut hat, Ihren Versicherungsvertrag nicht weiter betreut (z. B. aufgrund der Beendigung des Vermittlervertrags mit uns oder aufgrund unserer oder Ihrer Entscheidung, dass ein anderer Versicherungsvermittler Ihren Vertrag betreuen soll). In einem solchen Fall kann es dazu kommen, dass diesen Abschlussvermittlern auch nach Ende ihrer Betreuung Ihres Vertrags noch Daten über Veränderungen des Vertrags, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und / oder die Beendigung oder die Beitragsfreistellung des Vertrags übermittelt werden. Dies ist erforderlich, um unsere vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem jeweiligen Abschlussvermittler zu erfüllen. Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsmakler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvermittler ein. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG an Versicherungsvermittler und Dienstleister von Versicherungsvermittlern auch nach Ende ihrer Betreuung meines Vertrags noch Daten über Veränderungen des Vertrags, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und / oder die Beendigung oder die Beitragsfreistellung des Vertrags – soweit erforderlich – übermittelt und diese dort verarbeitet werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

4. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir verarbeiten Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherer beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert. Dafür benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken verarbeitet.

5. Verarbeitung von genetischen Daten gemäß Gendiagnostikgesetz

Auch genetische Untersuchungen und Analysen können relevante Informationen über Ihren Gesundheitszustand enthalten. Für den Abschluss eines Versicherungsvertrags verlangen wir keine Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen. Sind genetische Untersuchungen und Analysen bereits vorgenommen worden, kann es in der Risiko- und in der Leistungsprüfung erforderlich sein, dass wir Ergebnisse und Daten solcher Untersuchungen und Analysen verarbeiten.

Eine Verarbeitung kann in den Fällen durchgeführt werden, wenn eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente in der Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Pflegerentenversicherung vereinbart wird. Wir verarbeiten in diesem Zusammenhang Ergebnisse und Daten aus vorgenommenen genetischen Untersuchungen und Analysen zur Risikoprüfung und Leistungsprüfung.

Wurden durch bereits bei Ihnen vorgenommene genetische Untersuchungen oder Analysen Erkrankungen festgestellt, benötigen wir Informationen über diese Erkrankungen ebenfalls, wenn dies zur Risikoprüfung erforderlich ist.

Wir bitten Sie für diese Fälle um Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Ohne die Erteilung Ihrer Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, den Versicherungsvertrag abzuschließen.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG meine genetischen Daten im oben beschriebenen Umfang
- entsprechend Ziffer 1 zur Risikoprüfung sowie zur Begründung dieses Versicherungsvertrags verarbeitet;
- entsprechend meiner unter Ziffer 2.1 und 2.2 getroffenen Auswahl zur Risikobeurteilung und Prüfung der Leistungspflicht bei Dritten abfragt;
- entsprechend Ziffer 3.1 an die in der erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und diese für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die EUROPA Lebensversicherung AG dies tun dürfte;
- entsprechend Ziffer 3.2 an Rückversicherer übermittelt und von diesen zu den genannten Zwecken verarbeitet werden;
- entsprechend Ziffer 4 verarbeitet, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

Diese Seite bitte an uns zurücksenden.

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

6. Datenübermittlung an Auskunfteien
Im Zusammenhang mit der Antragstellung wird zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos eine Bonitätsauskunft eingeholt. Auch bei Sonderzahlungen zu laufenden Versicherungsverträgen kann eine Bonitätsprüfung erforderlich sein.

Zu diesem Zweck entbinde ich die für die EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Für die Bonitätsprüfung benötigen wir die Angabe des vollständigen Namens und die Adressdaten des Hauptwohnsitzes laut Melderegistereintrag. Bei falschen Angaben behalten wir uns die Möglichkeit des Rücktritts und der Anfechtung des Vertrags vor.

7. Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit
Es steht Ihnen frei, die Einwilligung / Schweigepflichtentbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später unter der oben angegebenen Adresse mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Zu den Folgen von Streichungen in den Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen verweisen wir auf die Angaben in den vorstehenden Bausteinen. Wir weisen nochmals klarstellend darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten und ggf. genetischen Daten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrags in der Regel nicht möglich sein wird.
Geben Sie uns Ihre Erklärung und Einwilligung im Fall der Ziffern 2.1, 3.1 bis 3.5 und 5 zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, kann dies zu einer Verzögerung der Risikoprüfung führen oder der Abschluss des Versicherungsvertrags ist nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt, kann dies zu einer Verzögerung bei der noch nicht abgeschlossenen Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung im Fall der Ziffer 3.1 nach Begründung des Versicherungsvertrags unter Nennung des Dienstleisters sowie Darlegung Ihrer besonderen Situation, werden wir eine Interessensabwägung der konkreten Sachlage vornehmen und Sie über unser Ergebnis informieren.
Ist ein sonstiger Widerruf treuwidrig oder wird dadurch die weitere Vertragsdurchführung unmöglich, können wir einen solchen Widerruf nicht berücksichtigen.

Die vorangestellten Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen (z. B. Ihre Kinder), soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

SEPA-Lastschriftmandat

Das nachfolgende Mandat wird als sogenanntes „Rahmenmandat“ vereinbart. Dadurch können fällige Beiträge, die sich gegebenenfalls aus weiteren Verträgen mit verschiedenen Versicherern des Continentale Versicherungsverbundes ergeben, in einer Summe abgebucht werden (bitte das Mandat ausfüllen und unterschreiben). Sofern Sie der Continentale Krankenversicherung a.G. bereits ein Rahmenmandat erteilt haben, werden wir dieses auch für die Einziehung der fälligen Beiträge aus diesem Vertrag nutzen.

Wenn Sie kein Rahmenmandat erteilen oder einer Einbeziehung dieses Vertrages in ein bereits bestehendes Rahmenmandat nicht zustimmen wollen, sondern stattdessen ein Einzelmandat wünschen, kreuzen Sie bitte das nachfolgende Feld an (bitte das Mandat ausfüllen und unterschreiben): ☐

Aus organisatorischen Gründen werden alle Lastschriften des Continentale Versicherungsverbundes durch die Continentale Krankenversicherung a.G. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ00000053646) durchgeführt und mit „Continentale/EUROPA Verbund“ auf Ihrem Kontoauszug ausgewiesen. Hierbei handelt die Continentale Krankenversicherung a.G. im Auftrag der anderen Versicherer des Continentale Versicherungsverbundes.

Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen separat mitgeteilt.

Continentale Krankenversicherung a.G. • Ruhrallee 92 • 44139 Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271, Gläubiger-Identifikationsnr. DE95ZZZ00000053646

Anrede ☐ Frau ☐ Herr **Geburtsdatum**

Vor- und Nachname des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl **Wohnort**

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Continentale Krankenversicherung a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Continentale Krankenversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass ich rechtzeitig, mindestens jedoch einen Tag vor Belastung meines Kontos, bei jedem ersten Abruf sowie bei Änderungen von Betrag und/oder Abbuchungstermin über den bevorstehenden SEPA-Lastschrifteinzug unter Nennung des abzubuchenden Betrages informiert werde.

Name und Ort des Kreditinstituts

IBAN

Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in
und/oder der gesetzlichen Vertreter, z.B. bei Minderjährigen

Unterschreiben Sie bitte hier.

Datenschutzhinweise bei abweichendem Beitragszahler
Übernimmt eine andere als eine am Vertrag beteiligte Person die Beitragszahlung, erhält sie die Datenschutzhinweise mit der Vorankündigung zum SEPA-Lastschrifteinzug, wenn und soweit sie nicht bereits über die Informationen verfügt.

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden.

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich folgende Unterlagen erhalten habe:

1 • Allgemeine Vertragsinformationen (AVI) Tarif _____ mit Stand der AVI _____

• Informationsblatt zu Versicherungsprodukten – _____

• Individuelle Vertragsinformationen (IVI) unter Berücksichtigung der individuellen Angaben in diesem Antrag, mit der Widerrufsbelehrung

• „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf S. 1

1 Die Allgemeinen Vertragsinformationen enthalten u.a. die Versicherungsbedingungen, allgemeine Hinweise zu den Steuerregelungen und die Datenschutzhinweise.

Den Stand der Allgemeinen Vertragsinformationen finden Sie auf dem Titelblatt der AVI.

Datum	**Unterschrift Antragsteller** und/oder der gesetzlichen Vertreter, z.B. bei Minderjährigen

Unterschreiben Sie bitte hier.

Schlusserklärung und Unterschriften

Meine Angaben in diesem Antrag sind vollständig und richtig. Die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 1 habe ich zur Kenntnis genommen. Mit meiner Unterschrift gebe ich die vorstehenden Erklärungen, insbesondere die „Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung“, ab.

Ich bestätige, dass ich am Vertrag beteiligte Personen zu den Datenschutzhinweisen informiere. Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor dem Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

Datum	**Unterschrift Antragsteller/in** und/oder der gesetzlichen Vertreter, z.B. bei Minderjährigen

Unterschreiben Sie bitte hier.

Datum	**Unterschrift der zu versichernden Person ab 16 Jahre** und/oder der gesetzlichen Vertreter, z.B. bei Minderjährigen

Unterschreiben Sie bitte hier.

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden.

Nutzung personenbezogener Daten zu Werbezwecken

Ihre personenbezogenen Daten können wir ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des Continentale Versicherungsverbunds auf Gegenseitigkeit und dessen Kooperationspartner sowie zur Markt und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwenden. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

Weitere Informationen

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

2. Antragsbindungsfrist
Die Antragsbindungsfrist beträgt sechs Wochen. Sie beginnt mit dem Tag, an dem Sie den Antrag unterschreiben. Endet diese Frist, ohne dass wir Ihren Antrag angenommen haben, sind Sie nicht mehr an diesen gebunden. Daneben bleibt es Ihnen unbenommen, Ihre Vertragserklärung zu widerrufen. Die Widerrufsbelehrung mit Ihrem Widerrufsrecht finden Sie in den Individuellen Vertragsinformationen.

Begriffserläuterungen

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 freiwillig Wehrdienstleistenden gilt der vor Aufnahme des Wehrdienstes zuletzt ausgeübte Beruf und Berufstatus.

Grad der Ausbildung
Eine Meisterprüfung oder eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem anderen, nicht ausgeübten Beruf, führt nicht zu einer Besserstufung in der derzeitig 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
Akademiker ist eine Person, die über eine erfolgreich abgeschlossene Hochschulausbildung an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule verfügt, sofern deren Abschlüsse in Deutschland als Hochschulausbildung staatlich anerkannt werden.
Bei Studenten einer solchen Hochschule wird bereits während ihres Studiums eine erfolgreich abgeschlossene Hochschulausbildung unterstellt.

Leitende Tätigkeit mit mindestens 5 personell unterstellten Vollzeitkräften
Bei der Bestimmung der Anzahl der Vollzeitkräfte werden alle personell unterstellten Vollzeitkräfte sowie anteilig auch die personell unterstellten teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden Mitarbeiter mit einer geringfügigen Beschäftigung, Mitarbeiter auf Ein-Euro-Basis sowie sonstige Aushilfskräfte und Mitarbeiter mit Zeitarbeitsverträgen unter sechs Monaten.

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

Bürotätigkeit umfasst das Ausüben von Aufgaben wie Verwaltung, Organisation, Planung, Entwicklung, Beratung oder auch kaufmännischen Tätigkeiten in einem Büro. Tätigkeiten im Rahmen eines Arztpraxisbetriebs fallen nicht unter den Begriff Bürotätigkeit.

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.

Diese Seite bitte an uns zurücksenden.

Umfang der ärztlichen Untersuchung in Abhängigkeit vom beantragten Versicherungsschutz

Unabhängig von diesen Grenzen sind die Gesundheitsfragen immer vollständig zu beantworten. Für einen möglichen „Verzicht auf das Ausfüllen der Gesundheitsfragen im Antrag“ siehe Medical Home Service.

Versicherungsschutz	Umfang der ärztlichen Untersuchung
Über 3.000 Euro mtl. BU- / EU-Rente	Untersuchung auf Formular „Ärztliches Zeugnis“ mit den dort angegebenen Laborwerten durch einen praktischen Arzt oder Facharzt für Innere Medizin. Zusätzlich: • Zusatzlaborwert NT-proBNP *(nur ab Eintrittsalter 50 Jahre)*
Über 4.000 Euro mtl. BU- / EU-Rente	Untersuchung auf Formular „Ärztliches Zeugnis“ mit den dort angegebenen Laborwerten durch einen Facharzt für Innere Medizin und zusätzlich: • Echocardiographie (2D Echo) • abdominelle Sonographie • kleine Lungenfunktionsprüfung • Zusatzlaborwerte (jeweils mit Angabe des Labor-Normbereiches): - Bilirubin, - Harnstoff, - GOT, - Quick • Zusatzlaborwert NT-proBNP *(nur ab Eintrittsalter 50 Jahre)*

Bei den Summengrenzen sind die bei der EUROPA Lebensversicherung AG bestehenden Vorversicherungen, welche innerhalb der letzten 5 Jahre abgeschlossen wurden, zu berücksichtigen.

Medical Home Service (MHS)

Die Höhe des beantragten Versicherungsschutzes macht eine Untersuchung erforderlich? Nutzen Sie dafür - alternativ zur ärztlichen Untersuchung - den komfortablen Medical Home Service (MHS) von Medicals Direct Deutschland (Medicals Direct). Dieser bietet die Möglichkeit, durch medizinisches Fachpersonal die Untersuchung bequem zu Hause oder am Arbeitsplatz durchführen zu lassen. Der Termin ist sehr flexibel von Montag bis Freitag zwischen 7 und 20 Uhr wählbar und für Sie kostenlos.

Der MHS steht Ihnen hierfür innerhalb folgender Grenzen zur Verfügung:

monatliche BU-/EU-Rente über 3.000 Euro bis unter 7.500 Euro

Wenn Sie den MHS nutzen möchten, reichen Sie uns die „Erklärung zum MHS“ (Formular-Nr. 8146) zusammen mit dem Antrag ein. Medicals Direct wird sich dann mit Ihnen zwecks Terminvereinbarung in Verbindung setzen.

Zusätzlich möglich:
Verzicht auf das Ausfüllen der Gesundheitsfragen im Antrag

Entscheiden Sie sich für den MHS, können Sie auf das Ausfüllen der Gesundheitsfragen Nr. 2 bis Nr. 12 verzichten. Bestätigen Sie diesen Wunsch bitte in der „Erklärung zum MHS“ durch Ankreuzen des Passus vor der Unterschrift.

Risikoträger

EUROPA Lebensversicherung AG
Piusstraße 137
D-50931 Köln
Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),
Dr. Helmut Hofmeier, Alf N. Schlegel, Jürgen Wörner
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Heinz Jürgen Scholz

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

8357/05.2024 • Antrag E-BU, E-EU

Diese Seite bitte an uns zurücksenden.