

Antrag

Risikoversicherung

EUROPA Variable Risikolebensversicherung Tarif E-VRL

Stand: 01.05.2025

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

Ihr Vertriebspartner (VEP)/Betreuer:

VEP-Nr. /vd-Daten:

VEP-Name:

Interne Bearbeitungs-Nr. VEP:

Vorschlags-Nr.:

Erstellt am:

Antrag

Risikoversicherung

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 Versicherungsfalles, 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 Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer 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. Es 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. Der Versicherungsvertrag wandelt sich 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 unserer 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.

Antrag Risikoversicherung

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

Neuantrag

Änderungsantrag zu Versicherungs-Nr.

Fragen? Anrufen!
0221 5737 -300
Mo-Fr 7-20 Uhr

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Anrede Frau Herr Firma

Vorname und Nachname/Firma

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Berufsstatus

Selbstständiger/
Freiberufler Angestellter Arbeiter

Öffentlicher Dienst Beamter Student
staatl. (anerk.) Hochschule Auszubildender/
sonst. Student

Beruf (zurzeit ausgeübt)/Branche
bzw. Studienrichtung

Die Angaben zum Geburtsort und zur Staatsangehörigkeit sind zur Identifikation nach dem Geldwäschegesetz erforderlich (nicht bei Firmen).

Wir kontaktieren Sie ausschließlich, um Vertragsfragen zu klären. Diese Angaben sind freiwillig.

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)

Anrede Frau Herr

Vorname und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Berufsstatus

Selbstständiger/
Freiberufler Angestellter Arbeiter

Öffentlicher Dienst Beamter Student
staatl. (anerk.) Hochschule Auszubildender/
sonst. Student

Beruf (zurzeit ausgeübt)/Branche
bzw. Studienrichtung

Wir kontaktieren Sie ausschließlich, um Vertragsfragen zu klären. Diese Angaben sind freiwillig.

Leistungen / Tarifdaten

Gewünschte Absicherung **EUROPA Variable Risikolebensversicherung (Tarif E-VRL)**

Versicherungsbeginn
(01.MM.JJJJ)

Eintrittsalter Jahre

Versicherungsdauer Jahre Monate

Beitragszahlungsdauer Jahre Monate

Versicherungssumme
im ersten Versicherungsjahr Euro

Die jeweilige Höhe der Leistung während der Versicherungsdauer ist im Verlaufsplan der versicherten Summen dokumentiert (siehe Seite 6).

Versicherungssumme
in den folgenden Jahren linear fallend

annuitätisch fallend Kreditzins Tilgungsrate

individuell

Überschussbeteiligung Beitragsverrechnung

Restschuldversicherung - Wir sind gesetzlich verpflichtet, in Erfahrung zu bringen, ob es sich bei dem beantragten Versicherungsvertrag um eine Restschuldversicherung handelt:

Ist vorgesehen, dass die Versicherungssumme ganz oder teilweise bestimmungsgemäß zur Absicherung eines Darlehens-, Kredit-, Leasing- oder eines sonstigen Stundungs- bzw. Zahlungsaufschubvertrags eines Verbrauchers abgetreten werden soll?

ja

Risiko- und Gesundheitsfragen (Teil 1)

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 die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 2 dieses Antrags.

Bitte beachten Sie:

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 zu versichernden Person in jedem Einzelfall abgezeichnet sein müssen.

Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Antragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne stellen, um dann aktuell eine Antragsentscheidung treffen zu können.

- Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße? Größe cm Gewicht kg
 - Fahren Sie ein motorisiertes Zweirad, Trike oder Quad (als Fahrer, Beifahrer, Saisonfahrer) mit einer bauartbedingten Höchstgeschwindigkeit von über 45 km/h? ja nein
 - Rauchverhalten
 - Sind Sie **Nichtraucher**, das heißt, haben Sie **mindestens** in den letzten **12 Monaten** nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen und beabsichtigen Sie auch, dies in Zukunft nicht zu tun? ja nein
 - Wenn Sie die Frage a) mit „ja“ beantwortet haben: Sind Sie **Nichtraucher seit mindestens 10 Jahren**? ja nein
- Als Nichtraucher beachten Sie bitte die nachfolgende wichtige Erklärung.

Nichtrauchererklärung

Die zu versichernde Person ist Nichtraucher und hat in dem unter Rauchverhalten angegebenen Zeitraum (12 Monate bzw. 10 Jahre) vor Antragstellung nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen und beabsichtigt auch, dies in Zukunft nicht zu tun. Wird die zu versichernde Person nach Antragstellung Raucher, stellt dies eine Gefahrerhöhung dar. Die Folgen dieser Gefahrerhöhung (Beitragserhöhung oder Herabsetzung der Versicherungssumme) kann ich Abschnitt B - Einstufung nach dem Rauchverhalten - der Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung entnehmen. Mir ist bewusst, dass ich und die zu versichernde Person verpflichtet sind, eine Änderung des Nichtraucherstatus unverzüglich der EUROPA Lebensversicherung AG in Textform mitzuteilen.

Beitrag und Zahlungsweise

Zahlungsweise monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Tarifbeitrag (Bruttobeitrag): Euro

Zahlbeitrag (Nettobeitrag): Euro

Die Überschussbeteiligung wird sofort mit dem fälligen Tarifbeitrag verrechnet (Beitragsverrechnung). Dadurch ergibt sich Ihr Zahlbeitrag. Die Höhe der Überschussbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz

Wichtig - zwingend erforderlich!

Vollständige und gut leserliche Kopie der gültigen Ausweisdokumente (Reisepass oder Personalausweis) des Antragstellers sowie der abweichenden wirtschaftlich Berechtigten.

Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten

Handeln Sie auf eigene Veranlassung?

Ja, der Abschluss des Versicherungsvertrags und alle damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung als Antragsteller. Ich wurde hierzu nicht von einem Dritten beauftragt.

Nein, der Abschluss des Versicherungsvertrags und alle damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf fremde Veranlassung von:

Anrede Frau Herr

Vorname und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Staatsangehörigkeit

Für die Identifizierung juristischer oder mehrerer abweichender wirtschaftlich berechtigter Personen ist zwingend das Zusatzformular „Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz“ (Formular-Nr. 8140) einzureichen.

Bezugsberechtigung und Rechtsnachfolge

Bezugsberechtigt für den **Todesfall** der versicherten Person:

(falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer oder seine Erben)

Ehegatte oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes der versicherten Person zum Zeitpunkt des Todes der versicherten Person

Folgende Person:

Anrede Frau Herr

Vorname und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Staatsangehörigkeit

Bezugsberechtigt für den **Erlebensfall** der versicherten Person ist, sofern Leistungen fällig werden, 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 weiterführen. Eine abweichende Regelung bitte ggf. unter Besondere Vereinbarungen vermerken (mit Unterschrift des volljährigen Rechtsnachfolgers). Die Rechtsnachfolge kann vom VN jederzeit in Textform widerrufen werden.

Besondere Vereinbarungen

Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig?
Wenn ja, von welchen?

Risiko- und Gesundheitsfragen (Teil 2)

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 die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 2 dieses Antrags.

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 zu versichernden 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 9). Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Antragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne stellen, um dann aktuell eine Antragsentscheidung treffen zu können.

Bei allen mit „ja“ beantworteten Fragen sind Zusatzangaben auf Seite 9 erforderlich!

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

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| a) des Herzens oder des Kreislaufs
(z.B. ärztlich diagnostizierter Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Thrombose, Venenleiden, Durchblutungsstörungen)? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| b) der Atmungsorgane
(z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe)? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| c) Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse oder Galle
(z.B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre oder -entzündungen, Fettleber oder Leberentzündung/ Hepatitis, Veränderungen der Leberwerte)? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| d) Niere und Harnwege, Prostata, Geschlechtsorgane
(z.B. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin)? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| e) des Stoffwechsels
(z.B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| f) der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen
(z.B. Krebs, Anämie, Leukämie, Zyste, Lymphknoten)? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| g) akuter oder chronischer Infektionen
(z.B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose)? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| h) des Gehirns und Nervensystems
(z.B. Anfallsleiden, Lähmungen, Parkinson, Migräne)? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| i) der Psyche
(z.B. Depressionen, Angstzustände oder Zwangsstörungen, Neurose, vom Arzt diagnostizierter Stress- oder Erschöpfungszustand, Essstörung, Schmerzsyndrom, Burnout Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch)? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| j) Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen
(z.B. Bewegungseinschränkungen, Hüftgelenk-Fehlstellung, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, rheumatische Beschwerden, Fibromyalgie)? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| k) der Haut
(z.B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte)? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| l) der Augen
(z.B. Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, Sehstörungen, Horn- und Netzhauterkrankung, Star-Erkrankung, erhöhter Augendruck)? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| m) der Ohren
(z.B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Lärmschaden, Gleichgewichtsstörungen)? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| n) Allergien
(z.B. Heuschnupfen, Hausstauballergie, Lebensmittelallergien, sonstige Unverträglichkeiten)? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

5. Haben Sie in den **letzten 5 Jahren** über einen Zeitraum **von mehr als 14 Tagen täglich** Medikamente eingenommen? ja nein
-
6. Wurden Sie in den **letzten 10 Jahren** in Krankenhäusern oder Kureinrichtungen stationär behandelt? ja nein
-
7. Sind oder waren Sie in den **letzten 5 Jahren** in ambulanter Behandlung von Ärzten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Psychotherapeut, Physiotherapeut)? ja nein
-
8. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den **letzten 3 Monaten** Gesundheitsstörungen oder Beschwerden? Hierzu zählen unter anderem Herzrhythmusstörungen, 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 Stunden, psychische Erschöpfungszustände, Wahrnehmungsstörungen, Angstzustände, wiederkehrende Schmerzzustände ungeklärter Ursache und allergische Reaktionen. ja nein
-
9. 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? ja nein
- b) Wurden Sie in den **letzten 5 Jahren** wegen Alkoholkonsums und/ oder dessen Folgen beraten oder behandelt? ja nein
-
10. Sind Sie zurzeit mit einer Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung krankgeschrieben? ja nein
-
11. 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)? ja nein
- b) Besteht ein Grad der Behinderung (GdB), ein Grad der Schädigungsfolge (GdS), eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)? ja nein
-
12. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test) oder warten Sie noch auf das Testergebnis? ja nein
-
13. Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?
- Name, Fachrichtung**
- Anschrift**
-
14. Beabsichtigen Sie, sich **innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate** in einem Land außerhalb der Europäischen Union aufzuhalten? Was ist der Grund des Auslandsaufenthalts? ja nein
-
15. a) **Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf ausgesetzt** (z.B. Umgang mit gesundheitsgefährdenden, radioaktiven, explosiven Stoffen oder Strahlen, Aufenthalt in Krisengebieten)? ja nein
- b) **Betreiben Sie Sportarten oder Hobbies, bei denen besondere Gefahren bestehen** (z.B. Flugrisiko/Drachenfliegen/Fallschirmspringen, Klettern, Tauchen, Extremsportarten, Kampfsportarten, Teilnahme an Wettbewerben/Rennfahrten)? ja nein
-
16. Bestehen für Sie schon Lebensversicherungen oder sind solche beantragt? Beginn und Ablauf? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens? ja nein
-
17. Wurden in den **letzten 5 Jahren** Anträge auf Lebensversicherungen abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? Weshalb? Wann? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens? ja nein

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

Zum Abschluss und zur Durchführung des Versicherungsvertrags müssen wir Gesundheitsdaten verarbeiten. Bei der Verarbeitung von Gesundheitsdaten können auch vollautomatisierte Entscheidungen erfolgen. In diesem Fall wird die Risiko- oder Leistungsprüfung durch Datenverarbeitungssysteme vorgenommen, die die Bewertung eingereicherter Angaben übernehmen. Eine Beschreibung der vollautomatisierten Entscheidungen finden Sie bei der Darstellung der jeweiligen Datenverarbeitung.

a) Datenverarbeitung zur Risikoprüfung

Zur Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten bei der Risikobeurteilung im Antragsfall (Risikoprüfung) benötigen wir Ihre Einwilligungserklärung. Ohne diese Verarbeitung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

In der Risikoprüfung treffen wir auch vollautomatisierte Entscheidungen zur Einschätzung individueller Risiken. Dadurch kann zügig und kostengünstig entschieden werden, ob und zu welchen Bedingungen Versicherungsschutz geboten werden kann. Sofern Sie auf die Anwendung automatisierter Entscheidungen verzichten möchten, kann es zu Verzögerungen in der Bearbeitung kommen bzw. können wir eine Versicherung in dem gewählten Tarif nicht anbieten. Bestehen Ihrerseits Zweifel an der automatisierten Entscheidung, haben Sie nachträglich die Möglichkeit, diese durch einen Sachbearbeiter überprüfen zu lassen.

b) Datenverarbeitung in der Leistungsprüfung

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht (Leistungsprüfung) prüfen wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen oder Mitteilungen, z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs, ergeben. Hierfür bitten wir Sie um Ihre Einwilligungserklärung. Ohne diese Verarbeitung wird es uns nicht möglich sein, im Versicherungsfall eine Prüfung unserer Leistungspflicht durchzuführen.

Auch in der Leistungsprüfung können bei der Verarbeitung von Gesundheitsdaten vollautomatisierte Entscheidungen erfolgen. Wir entscheiden dabei maschinell, ob und in welchem Umfang Sie eine Leistung beanspruchen können. Dabei können insbesondere Unterlagen wie Rechnungen und Verordnungen dahingehend automatisiert geprüft werden, ob die beantragte Leistung von dem vereinbarten Versicherungsschutz umfasst ist. Berechtigte Ansprüche können so schneller erfüllt und unberechtigte abgelehnt werden. Hierzu benötigen wir Ihre Einwilligung. Ohne die Erteilung dieser Einwilligung kann es zu Verzögerungen in der Bearbeitung kommen bzw. können wir eine Versicherung in dem gewählten Tarif nicht anbieten. Bestehen Ihrerseits Zweifel an der automatisierten Entscheidung, haben Sie nachträglich die Möglichkeit, diese durch einen Sachbearbeiter überprüfen zu lassen.

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, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

Weiter willige ich ein, dass meine Gesundheitsdaten in der Risikoprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden.

Ich bin auch damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten bei der 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 diesen 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.

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung (Fortsetzung)

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.

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

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.

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) 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 Versicherungsverbundes 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.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

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 Versicherungsververtreters 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.

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. Die Auskunfteien verarbeiten die erhaltenen Daten und verwenden sie auch zum Zwecke der Profilbildung (Scoring). Einzelne Auskunfteien geben auch ihren Vertragspartnern im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission besteht) Informationen unter anderem zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen.

Zu diesem Zweck entbinde ich die für die EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht und willige ein, dass die Auskunfteien meine Daten im oben beschriebenen Umfang verwenden dürfen.

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 gegenüber der EUROPA Lebensversicherung AG, Piusstraße 137, 50931 Köln 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.

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.

3. Antragskopie

Eine Kopie dieses Antrages erhalten Sie sofort nach der Unterzeichnung des Antrags.

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 DE95ZZZ0000053646) 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.

Continentale Krankenversicherung a.G. • Continentale-Allee 1, 44269 Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271, Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ0000053646

Die Mandatsreferenznummer wird Ihnen separat mitgeteilt.

IBAN

Name des Kreditinstituts

Weicht der Beitragszahler/Kontoinhaber vom Antragsteller (Versicherungsnehmer) ab, benötigen wir folgende Angaben:

Anrede Frau Herr Firma

Kontoinhaber

(Vorname, Nachname bzw. Firma)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Geburtsdatum

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.

X

Bitte unterschreiben!

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers,

ggf. der gesetzlichen Vertreter, z.B. bei Minderjährigen

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.

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich folgende Unterlagen erhalten habe:

- Allgemeine Vertragsinformationen (AVI) Tarife E-RL, E-RLP, E-VRL
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten - Variable Risikolebensversicherung - Tarif E-VRL
- 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 Seite 2

Die **Allgemeinen Vertragsinformationen** enthalten unter anderem die Versicherungsbedingungen, allgemeine Hinweise zu den Steuerregelungen und die Datenschutzhinweise. Den Stand der Allgemeinen Vertragsinformationen finden Sie auf dem Titelblatt der AVI.

Stand: AVI

	X
--	---

Datum

Unterschrift des Antragstellers,
ggf. der gesetzlichen Vertreter, z.B. bei Minderjährigen

Bitte unterschreiben!

Zielmarkt (Bestätigung des Vermittlers)

Der Verkauf des Versicherungsprodukts erfolgt innerhalb des Zielmarktes.

Abweichend: Der Verkauf erfolgt nicht innerhalb des Zielmarktes und die Begründung ist auf einem Zusatzblatt beigefügt.

Identität des Versicherungsnehmers (Bestätigung des Vermittlers)

Die Identität des Versicherungsnehmers wurde in dessen Anwesenheit durch den Vermittler persönlich anhand eines im Original vorliegenden, gültigen Ausweisdokuments festgestellt. Eine Kopie des Ausweisdokuments ist dem Antrag beigefügt.

Schlusserklärung und Antragsunterschriften

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 2 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. Eine Kopie dieses Antrags erhalte ich sofort nach der Unterzeichnung. Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor dem Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

	X
--	---

Datum

Unterschrift des Antragstellers
und/oder der gesetzlichen Vertreter, z.B. bei Minderjährigen

Bitte unterschreiben!

	X
--	---

Datum

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

Bitte unterschreiben!

	X
--	---

Datum

Unterschrift des Vermittlers

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

Über 500.000 Euro bis einschl.
650.000 Euro Todesfall-Leistung
(nur ab Eintrittsalter 50 Jahre)

Über 650.000 Euro Todesfall-Leistung

Über 1.000.000 Euro Todesfall-Leistung

Umfang der ärztlichen Untersuchung

Untersuchung auf Formular „Vital-Check“ mit den dort angegebenen Laborwerten durch einen praktischen Arzt oder Facharzt für Innere Medizin.

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)

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
- Cotinintest (nur bei Nichtrauchern)
- 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 Medicals Direct Deutschland GmbH (Medicals Direct) bietet die Möglichkeit, durch medizinisches Fachpersonal die **Untersuchung** durchführen bzw. die **Gesundheitserklärung** aufnehmen zu lassen – und das bequem zu Hause oder am Arbeitsplatz. Der Termin ist sehr flexibel von Montag bis Freitag zwischen 7 und 20 Uhr wählbar und für Sie kostenlos.

Untersuchung mit Medical Home Service – als Alternative zur ärztlichen Untersuchung	Gesundheitserklärung mit Medical Home Service – als Alternative zur Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag
<p>Die Höhe des beantragten Versicherungsschutzes macht eine Untersuchung erforderlich?</p> <p><u>Der MHS steht Ihnen hierfür innerhalb folgender Grenzen zur Verfügung:</u> Todesfall-Leistung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ über 500.000 EUR (nur ab Eintrittsalter 50 Jahre) sowie ■ über 650.000 EUR bis unter 4.000.000 Euro <p>Zusätzlich möglich: Verzicht auf das Ausfüllen der Gesundheitsfragen im Antrag über 650.000 Euro Todesfall-Leistung</p> <p>Entscheiden Sie sich für den MHS, können Sie auf das Ausfüllen der Gesundheitsfragen Nr. 4 bis Nr. 12 verzichten. Bestätigen Sie diesen Wunsch bitte in der „Erklärung zum MHS“ durch Ankreuzen des Passus vor der Unterschrift.</p>	<p>Eine Untersuchung ist nicht gefordert. Sie wünschen aber zu Ihrer Sicherheit bei den Gesundheitsfragen (Nr. 4 bis Nr. 12) im Antrag professionelle Hilfe?</p> <p><u>Der MHS steht Ihnen hierfür innerhalb folgender Grenzen zur Verfügung:</u> Todesfall-Leistung ab 300.000 EUR bis einschl. 650.000 EUR</p> <p>Die Gesundheitsfragen (Nr. 4 bis Nr. 12) im Antrag müssen in diesem Fall nicht ausgefüllt werden.</p>

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

Risikoträger

EUROPA Lebensversicherung AG
Piusstraße 137
D-50931 Köln

Vorstand: Dr. Gerhard Schmitz (Vorsitzender),
Dr. Matthias Hofer, Dr. Helmut Hofmeier,
Marcus Lauer, Alf N. Schlegel, Jürgen Wörner
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Heinz Jürgen Scholz

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