

# Risiko- und Gesundheitsfragen zu Ihrer Risikolebensversicherung



Zum Antrag vom	<input type="text"/>	Versicherungsnummer	<input type="text"/>
Antragsteller	<input type="text"/>	Zu versichernde Person	<input type="text"/>

## 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“.

### 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.

### Nichtraucherklärung

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.

## 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“.

#### 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 4). 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 4 erforderlich!

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

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

Bei allen mit „ja“ beantworteten Fragen sind Zusatzangaben auf Seite 4 erforderlich!

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 Arbeitsfähigkeits-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

## Zusatzangaben

Falls der Platz zur Beantwortung nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein **Zusatzblatt**. Dieses muss **separat unterschrieben** werden. Bitte reichen Sie auch **vorliegende Befunde, Krankenhaus- oder Kurentlassungsberichte** mit ein.

### Hinweis:

Sie können die Bearbeitungszeit der Risikoprüfung abkürzen, wenn Sie uns den entsprechenden Fragebogen für z.B. eine Erkrankung, ein Hobby oder einen Auslandsaufenthalt vollständig und unterschrieben mit dem Antrag einreichen.

### Zusatzangaben zu den mit "ja" beantworteten Fragen 4 -12

zu Frage Nr.	Art, Verlauf, Folgen (z.B. Krankheit, Verletzung), Befund/Diagnose der Untersuchung, verordnete Medikamente (Name, Dosierung)	Wann? Wie oft? Wie lange? AU-Zeiten? Folgenlos ausgeheilt?	Behandelnde Ärzte, Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Heilpraktiker, Krankengymnast, Physiotherapeut, Psychotherapeut), Krankenhäuser, Kureinrichtungen mit Anschrift

### Genetische Untersuchungen und Analysen – Durchführung und Verwendung prädiktiver Gentests

Die EUROPA Lebensversicherung AG darf nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) von dem Antragsteller oder der zu versichernden Person weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrags die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen. Auch darf sie weder die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen noch solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden, es sei denn, es wird eine Versicherungsleistung von mehr als 300.000 Euro als Kapitalauszahlung oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart.

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

### Zusatzangaben zu den mit "ja" beantworteten Fragen 14 -17

zu Frage Nr.

Bitte tragen Sie hier die näheren Informationen zur jeweiligen Frage ein:


## Unterschriften

Die nachfolgenden Unterschriften bestätigen die Richtigkeit der obigen Antworten. Bitte beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“.

   <b>Datum</b>	   <b>X</b>
	<b>Unterschrift der zu versichernden Person ab 16 Jahre</b> und/oder der gesetzlichen Vertreter, z.B. bei Minderjährigen
   <b>Datum</b>	   <b>X</b>
	<b>Unterschrift des Antragstellers</b> und/oder der gesetzlichen Vertreter, z.B. bei Minderjährigen