

# Antrag

## EUROPA Risikolebensversicherung bzw. EUROPA Risikolebensversicherung Premium

Stand: 01.08.2020

EUROPA Lebensversicherung AG  
Piusstraße 137, D-50931 Köln  
[www.europa.de](http://www.europa.de)

### VORLÄUFIGE VERSICHERUNGS-ZUSAGE

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

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

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

EUROPA Lebensversicherung AG



Dr. Helmich



Dr. Hofmeier

# Persönlicher Antrag für Ihre EUROPA Risikolebensversicherung

**EUROPA**  
VERSICHERUNG PUR.

## Tarife E-RL/E-RLP

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

Neuantrag  Änderungsantrag zu Versicherungs-Nr.

VEP-Nr.:

VEP-Name:

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 10 dieses Antrages.

## Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Anrede:  Herr  Frau  Firma

Vorname und Name (ggf. Geburtsname):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Arbeitgeber/Dienststelle:

Derzeit ausgeübte Tätigkeit:

Branche/Studienrichtung:

Berufsstatus:  Selbstständiger  Angestellter  Öffentlicher Dienst/Beamter  Sonstiges

Telefon\*:

E-Mail-Adresse\*:

**Bitte vollständig ausfüllen!**

Angaben zum **Geburtsdatum**, **Geburtsort** und zur **Staatsangehörigkeit** sind Vorgaben aus dem Geldwäschegesetz und daher erforderlich für die Identifikation.

## Zu versichernde Person

(nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Anrede:  Herr  Frau

Vorname und Name (ggf. Geburtsname):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Arbeitgeber/Dienststelle:

Derzeit ausgeübte Tätigkeit:

Branche/Studienrichtung:

Berufsstatus:  Selbstständiger  Angestellter  Öffentlicher Dienst/Beamter  Sonstiges

Telefon\*:

E-Mail-Adresse\*:

**Hinweis:**

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

**Fragen? Anrufen!**  
**0221 5737-300**

Mo - Fr 7-20 Uhr

**Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!**

## Vertragslaufzeit und Leistung

Versicherungsbeginn:

Eintrittsalter:  Jahre

Versicherungsdauer:  Jahre  Monate (= Beitragszahlungsdauer)

Versicherungssumme:  Euro

Dynamische Erhöhung<sup>1</sup>:  (Falls gewünscht, bitte ankreuzen.)

<sup>1</sup> Der Zahlbeitrag erhöht sich im Drei-Jahres-Rhythmus um 6%, gemäß den Besonderen Bedingungen für die Dynamik zur Risikoversicherung. Der Dynamikeinschluss gilt nur dann als vereinbart, wenn die maximale Versicherungssumme von 200.000 Euro für den Dynamikeinschluss nicht überschritten wird.

## Beiträge und Zahlweise

Tarifart:  Raucher  Nichtraucher mind. 12 Monate  Nichtraucher mind. 10 Jahre

Gewünschte Absicherung:  Standard-Schutz (Tarif E-RL)  Premium-Schutz (Tarif E-RLP)  
 mit Zusatzschutz Krebs Plus  mit Zusatzschutz Krebs Plus

Zahlbeitrag<sup>2</sup> (Tarifbeitrag):

Mehrbeitrag Gewicht:

Mehrbeitrag Zweirad/Quad/Trikefahrer:

Mehrbeitrag Zusatzschutz Krebs Plus:

Gesamter Zahlbeitrag<sup>2</sup> (Tarifbeitrag) ohne Zusatzschutz Krebs Plus:

Gesamter Zahlbeitrag<sup>2</sup> (Tarifbeitrag) mit Zusatzschutz Krebs Plus:

Zahlungsweise:  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

<sup>2</sup> Die Überschussanteile werden sofort mit dem Tarifbeitrag verrechnet. Die Höhe der Überschussbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

Bitte kreuzen Sie den gewünschten Schutz an.

## Legitimationsprüfung (Geldwäschegesetz)

### Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten

Handeln Sie auf eigene Veranlassung?

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

Nein, der Abschluss des Versicherungsvertrages und/oder die damit verbundene Transaktionen erfolgen auf fremde Veranlassung, bzw. auf Veranlassung von:

Vorname und Name:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:  Ort:

Geburtsdatum:  Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Bei weiteren Personen oder juristischen Personen ist ggf. ein Zusatzformular erforderlich.

Die Identität des Versicherungsnehmers wurde in dessen Anwesenheit durch den Vermittler persönlich anhand eines im Original vorliegenden, gültigen Ausweisdokuments festgestellt.

## Empfänger der Leistungen im Todesfall (Bezugsrecht)

Vorname und Name:

Geburtsdatum:

Eine ggf. vereinbarte vorgezogene Todesfall-Leistung (Premium-Schutz) erhält stets der Versicherungsnehmer.

**Rechtsnachfolge:** Ist der Versicherungsnehmer (VN) nicht zugleich versicherte Person, so soll im Falle seines Todes die versicherte Person, sofern diese bei Antragstellung volljährig ist, den Vertrag als neuer VN fortführen. Die Rechtsnachfolge kann vom VN jederzeit in Textform widerrufen werden.

## Wichtig!

Zwingend erforderlich:

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

Bitte **immer namentlich** nennen.

Fragen? Anrufen!  
**0221 5737-300**

Mo-Fr 7-20 Uhr

**Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!**

# Risiko- und Gesundheitsfragen zu Ihrer Risikolebensversicherung

Vorname und Name (Antragsteller):

Vorname und Name (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 die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 10 dieses Antrages.

Bitte gut durchlesen und beachten!

**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 Continentalen Versicherungsverbandes 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 11). 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

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

Bei allen mit „Ja“ beantworteten Fragen sind Zusatzangaben auf Seite 5 erforderlich!

Fragen? Anrufen!  
**0221 5737-300**

Mo - Fr 7 - 20 Uhr

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!

## Erklärungen der zu versichernden Person

- k) **der Haut** (z.B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte)?  Nein  Ja
- l) **der Augen** (z.B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 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
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 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.  Nein  Ja
7. a) Nehmen oder 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. a) Sind Sie **Nichtraucher seit mindestens 10 Jahren** oder haben noch nie geraucht?  Nein  Ja
- b) Sind Sie **Nichtraucher seit mindestens 12 Monaten** (aber noch nicht seit mindestens 10 Jahren)?  Nein  Ja
- c) Sind Sie **Raucher**?  Nein  Ja
12. Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?  
 Name, Fachrichtung: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_
13. Fahren Sie Zweirad, Quad oder Trike - jeweils ab 80 ccm - als Fahrer, Beifahrer oder Saisonfahrer oder ist ein solches auf Sie zugelassen?  Nein  Ja

Bei allen mit „Ja“ beantworteten Fragen sind Zusatzangaben auf Seite 5 erforderlich!

Wenn Sie die Frage 11a) oder 11b) mit „Ja“ beantwortet haben, beachten Sie bitte die Nicht-rauchererklärung auf Seite 5!

**Hinweis:**  
 Die zu versichernde Person ist Nichtraucher, wenn sie in den letzten zwölf Monaten bzw. zehn Jahren nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat und beabsichtigt, dies in Zukunft nicht zu tun.

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

**Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!**

## Erklärungen der zu versichernden Person

14. Beabsichtigen Sie, sich innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in einem Land außerhalb der Europäischen Union aufzuhalten? Grund des Auslandsaufenthalts?  Nein  Ja
15. 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
16. Bestehen für Sie schon Lebensversicherungen oder sind solche beantragt? Wann? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens?  Nein  Ja
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?  Nein  Ja

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

## Zusätzliche Angaben zu den mit „Ja“ beantworteten Fragen 1 bis 11

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

Falls der vorgesehene Platz nicht ausreicht, fügen Sie bitte ein unterschriebenes Zusatzblatt bei!

**Hinweis:** Bitte reichen Sie auch vorliegende Befunde/Krankenhaus- oder Kurentlassungsberichte mit ein.

Sie können die Bearbeitungszeit der Risikoprüfung abkürzen, wenn Sie uns den entsprechenden Fragebogen ([www.vep.europa.de](http://www.vep.europa.de)) für z.B. eine Erkrankung, ein Hobby oder einen Auslandsaufenthalt vollständig und unterschrieben mit dem Antrag einreichen.

## Zusätzliche Angaben zu den mit „Ja“ beantworteten Fragen 13 bis 17

Frage Nr.			

## Zielmarkt (Bestätigung des Vermittlers)

Der Verkauf des Versicherungsproduktes erfolgt innerhalb des Zielmarktes.

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

## Nichtrauchererklärung

Die zu versichernde Person ist Nichtraucher und hat in dem in der Gesundheitserklärung (Frage IIa bzw. IIb auf Seite 4) angegebenen Zeitraum vor Antragstellung nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen und beabsichtigt, 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.

Wichtige Erklärung bei Beantragung der Risikoversicherung für Nichtraucher

**Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!**

## Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Datenschutz-Grundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die EUROPA Lebensversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. an Adressermittler weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags bei uns unentbehrlich. Geben Sie Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein. Sie haben auch die Möglichkeit, Ihre Einwilligung während der Vertragslaufzeit für die Zukunft zu widerrufen, soweit sich der Widerruf nicht auf Einwilligungen bezieht, die für die Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrags unentbehrlich sind. Ob und inwieweit ein Widerruf eine für die Zukunft wirkende Bedeutung erlangt und von uns berücksichtigt werden kann, erläutern wir Ihnen zur jeweiligen Erklärung.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die EUROPA Lebensversicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2. und 5.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der EUROPA Lebensversicherung AG (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die EUROPA Lebensversicherung AG

Für die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags ist es erforderlich, Ihre Gesundheitsdaten erheben, speichern und nutzen zu können. Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Verarbeitung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrags nicht möglich. Ein Widerruf nach Begründung des Versicherungsvertrags kann von uns regelmäßig nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig ist und die weitere Durchführung des Versicherungsvertrags unmöglich macht.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z.B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese 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 nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

#### Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten 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.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die EUROPA Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit 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, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen 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

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die EUROPA Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die EUROPA Lebensversicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die EUROPA Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass 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 auswählen und ankreuzen!

Fragen? Anrufen!  
0221 5737-300

Mo - Fr 7 - 20 Uhr

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!

## Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

### 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass 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 willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

Bitte ankreuzen!

### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der EUROPA Lebensversicherung AG

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab oder widerrufen Sie Ihre Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt, kann dies zu einer Verzögerung der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die EUROPA Lebensversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht immer vollständig selbst durch, sondern übertragen ggf. die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Continentale Versicherungsverbundes oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktualisierte Liste erhalten Sie im Internet unter [www.europa.de/datenschutz](http://www.europa.de/datenschutz). Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste entsprechend durch ein <sup>\*)</sup> gekennzeichneten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrags nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung 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. Ein sonstiger Widerruf kann von uns nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig ist und die weitere Durchführung des Versicherungsvertrags unmöglich macht.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die EUROPA Lebensversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Continentale Versicherungsverbundes und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung 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 die Rückversicherung der EUROPA Lebensversicherung AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen 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 Rückversicherungen 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 Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an Rückversicherungen zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrags nicht möglich. Ein Widerruf nach Begründung des Versicherungsvertrags kann von uns nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig ist und die weitere Durchführung des Versicherungsvertrags unmöglich macht.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Fragen? Anrufen!

0221 5737-300

Mo - Fr 7-20 Uhr

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!



## Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

### 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

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

Der Vermittler, 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 Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Geben Sie uns für den Fall des Vertragsabschlusses über einen Vermittler Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an selbstständige Vermittler zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrags nicht möglich. Ein Widerruf nach Begründung des Versicherungsvertrags führt zur Beendigung Ihres aktuellen Betreuungsverhältnisses und Ihre Daten werden nicht mehr an diesen Vermittler weitergegeben.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

### 3.5. Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler nach Ende ihrer Betreuung

Im Laufe eines Versicherungsvertrags kann es vorkommen, dass ein selbstständiger Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt oder erweitert hat (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.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrags nicht möglich. Ein Widerruf nach Abschluss des Versicherungsvertrags kann von uns nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig ist und unsere vertragliche Verpflichtung gegenüber dem Abschlussvermittler unmöglich macht.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG an Abschlussvermittler 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 übermittelt, und diese dort erhoben und gespeichert werden dürfen.

## 4. Speicherung und Verwendung 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.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten für den Fall, dass der Vertrag nicht zustande kommt, nicht ab, ist eine Prüfung und weitere Bearbeitung des Antrags nicht möglich.

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 speichert und nutzt.

## 5. Datenübermittlung an Auskunfteien und Einwilligung in die Bonitätsprüfung

Im Zusammenhang mit der Antragstellung wird zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos eine Bonitätsauskunft eingeholt. Geben Sie Ihre Einwilligung hierzu zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein.

Ich willige jederzeit widerruflich ein, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) bei der Antragsprüfung genutzt werden, um Bonitätsprüfungen bei der infoscore Consumer Data GmbH durchzuführen. Zu diesem Zweck befreie ich jederzeit widerruflich die EUROPA Lebensversicherung AG bezüglich der nach § 203 StGB geschützten Daten 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.

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

**Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!**

## 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. • Ruhrallee 92 • 44139 Dortmund**  
**Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271 Gläubiger-Identifikationsnr. DE95ZZZ0000053646**

Mandatsreferenznummer - wird separat mitgeteilt.

Kontoinhaber (Vorname, Name bzw. Firma):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:  Ort:

**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 des Kontoinhaber  
und/oder gesetzlichen Vertreters, z.B. bei Minderjährigen

## Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich folgende Unterlagen erhalten habe:

- Allgemeine Vertragsinformationen Tarife E-RL, E-RLP, E-VRL (AVI)
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten - Risikolebensversicherung - Tarife E-RL, E-RLP
- Individuelle Vertragsinformationen (IV) unter Berücksichtigung der individuellen Angaben in diesem Antrag
- „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“

Stand:AVI

Datum ✘ Unterschrift des Antragstellers  
und/oder gesetzlichen Vertreters, z.B. bei Minderjährigen

## Schlussklärung und Unterschriften

**Bevor Sie den Antrag unterschreiben, überprüfen Sie bitte alle Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Bitte beachten Sie die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 11 des Antrags. Bitte lesen Sie auch die „Datenschutzhinweise“ auf Seite 10 sowie die „Weiteren Informationen“ auf Seite 11. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Informationen zum Inhalt des Antrags.**

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 des Antragstellers  
und/oder gesetzlichen Vertreters, z.B. bei Minderjährigen

Datum ✘ Unterschrift der zu versichernden Person ab Alter 16  
und/oder gesetzlichen Vertreters, z.B. bei Minderjährigen

Datum ✘ Unterschrift des Vermittlers

### Hinweis:

- Bitte tragen Sie hier den Stand (s. Titelblatt) der beigefügten Allgemeinen Vertragsinformationen ein.
- Die Allgemeinen Vertragsinformationen enthalten unter anderem die Widerrufsbelehrung, die Versicherungsbedingungen, allgemeine Hinweise zu den Steuerregelungen und die Datenschutzhinweise.

Fragen? Anrufen!  
**0221 5737-300**

Mo-Fr 7-20 Uhr

**Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!**

## 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 eine zu versichernde Person.

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten 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 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 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 Risikoversicherung erlischt der Vertrag, ohne dass ein Auszahlungsbetrag fällig wird.

#### 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 Risikoversicherung 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 Gefahrsicherung 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. Anfechtung

Wenn Sie arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten.

#### 6. 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.

## Informationen zum Datenschutz

### Datenschutzhinweise

Sie finden die Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die EUROPA Lebensversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte in den Allgemeinen Vertragsinformationen und, wie auch weitere Informationen zum Datenschutz, unter [www.europa.de/datenschutz](http://www.europa.de/datenschutz).

### Datenschutzhinweise bei abweichendem Beitragszahler

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

## Weitere Informationen

Die Fragen dieses Antrags sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Ich weiß, dass das Unternehmen bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung ganz oder teilweise verweigern kann.

### 1. Vertragsgrundlagen

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

### 2. 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.

### 3. 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 Allgemeinen Vertragsinformationen.

## Umfang der ärztlichen Untersuchung in Abhängigkeit vom beantragten Versicherungsschutz

Unabhängig von diesen Grenzen sind die Gesundheitsfragen immer vollständig zu beantworten.

Ziffer	Versicherungsschutz	Umfang der ärztlichen Untersuchung
1	Über 400.000 Euro Todesfall-Leistung	Untersuchung auf üblichem Attestformular (Ärztliches Zeugnis) mit den dort angegebenen Laborwerten inklusive HIV-Test durch einen praktischen Arzt oder Facharzt für innere Medizin.
2	Über 1.000.000 Euro Todesfall-Leistung	Untersuchung auf üblichem Attestformular (Ärztliches Zeugnis) mit den angegebenen Laborwerten inklusive HIV-Test durch einen Facharzt für Innere Medizin und zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"><li>■ Echocardiographie (2D Echo)</li><li>■ abdominelle Sonographie</li><li>■ kleine Lungenfunktionsprüfung</li><li>■ Zusatzlaborwerte (jeweils mit Angabe des Labor-Normbereiches):<ul style="list-style-type: none"><li>– Bilirubin,</li><li>– Harnstoff,</li><li>– GOT,</li><li>– Quick</li></ul></li></ul>

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 – als Alternative zur ärztlichen Untersuchung oder als Service für mehr Sicherheit

Die Medicals Direct Deutschland GmbH (Medicals Direct) bietet durch medizinisches Fachpersonal die Möglichkeit, die Untersuchung bzw. die Erklärung zum Gesundheitszustand bequem von zu Hause oder am Arbeitsplatz durchführen zu lassen. Der Antragsteller bzw. die zu versichernde Person kann den Termin sehr flexibel von Montag bis Freitag zwischen 7 und 20 Uhr wählen.

**Der Medical Home Service – als Alternative zur Ärztlichen Untersuchung** – kann bis zu einer Todesfall-Leistung unter 4.000.000 Euro genutzt werden. Eine medizinische Fachkraft erfasst die Untersuchungsergebnisse und sendet sie für einen einfachen und schnellen Antragsprozess an die EUROPA Lebensversicherung AG.

**Der Medical Home Service – als Alternative zur Erklärung zum Gesundheitszustand** – kann bei einer Todesfall-Leistung ab 300.000 Euro bis 400.000 Euro genutzt werden, wenn Sie Unterstützung bei der Beantwortung der Gesundheitsfragen wünschen. Die Gesundheitsfragen im Antrag (Nr. 2 bis einschließlich Nr. 12) müssen in diesem Fall nicht zusätzlich ausgefüllt werden.

Um den Medical Home Service zu beantragen, reichen Sie uns die „Erklärung zum MHS gegenüber der EUROPA Lebensversicherung AG“ – entsprechend Ihrem Wunsch ergänzt und unterschrieben – zusammen mit dem Antrag ein.

## Risikoträger

### EUROPA Lebensversicherung AG

Piusstraße 137

D-50931 Köln

Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),  
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),  
Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer, Alf N. Schlegel  
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Heinz Jürgen Scholz

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