

Antrag

EUROPA Variable Risikolebensversicherung (Immobilienfinanzierung)

Stand: 01.01.2019

EUROPA Lebensversicherung AG
Piusstraße 137, D-50931 Köln
www.europa.de

LIEBE KUNDIN/LIEBER KUNDE,

dieses Antragsformular mit verkürzten Risiko- und Gesundheitsfragen kann verwendet werden, wenn:

- die Risikolebensversicherung der Absicherung eines Darlehens für den Bau, Neuerwerb oder die Modernisierung einer selbstgenutzten Immobilie dient,
- der Darlehensvertrag innerhalb der letzten 6 Monate vor Antragstellung geschlossen wurde oder der Abschluss des Darlehensvertrages unmittelbar bevorsteht. Als Nachweis muss uns mit Antragstellung, spätestens jedoch 8 Wochen nach Policierung, eine Kopie des Darlehensvertrages eingereicht werden.
- die zu versichernde Person der Darlehensnehmer ist,
- die Versicherungssumme maximal der Höhe des Darlehens entspricht und maximal 600.000 EUR inklusive Vorversicherungen oder weitere für das gleiche Darlehen beantragte Versicherungen bei der EUROPA Lebensversicherung AG beträgt,
- das Eintrittsalter der zu versichernden Person maximal 50 Jahre beträgt,
- der BMI (Body Mass Index) der zu versichernden Person max. 30 beträgt,
- die Gesundheitsfragen 2. und 3. wahrheitsgemäß mit „nein“ beantwortet werden können.

Wenn eine der o.g. Voraussetzungen nicht erfüllt ist, verwenden Sie bitte das übliche Antragsformular mit vollumfänglichen Risiko- und Gesundheitsfragen.

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 Variable Risikolebensversicherung (Immobilienfinanzierung)

EUROPA
VERSICHERUNG PUR.

Tarif E-VRL

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

Neuantrag Änderungsantrag zu Versicherungs-Nr.

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Bitte beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 10 dieses Antrages.

VEP-Nr.:

VEP-Name:

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:

Die zu versichernde Person muss Darlehensnehmer sein.

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: Jahre Monate

Versicherungssumme im ersten Versicherungsjahr: Euro

Versicherungssumme fällt in den folgenden Jahren: linear individuell annuitätisch

bei annuitätischem Versicherungsverlauf: Kreditzins Tilgungsrate

Darlehenshöhe: Euro

Hinweis:
Für die Vertragslaufzeit und Leistungen ist der Verlaufsplan der versicherten Summen maßgebend (s. Seite 3 des Antrags).

Wichtig!

Die anfängliche Versicherungssumme darf maximal der Höhe des Darlehens entsprechen und darf maximal 600.000 EUR inkl. Vorversicherungen oder weitere für das gleiche Darlehen beantragte Versicherungen bei der EUROPA Lebensversicherung AG betragen.

Beiträge und Zahlweise

Tarifart: Raucher Nichtraucher

Zahlbeitrag^① (Tarifbeitrag):

Mehrbeitrag Gewicht:

Mehrbeitrag Zweirad/Quad/Trikefahrer:

Gesamter Zahlbeitrag^① (Tarifbeitrag):

Zahlungsweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

① Die Überschussanteile werden sofort mit dem Tarifbeitrag verrechnet.
Die Höhe der Überschussbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

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!

A large, empty rectangular box with a dark blue border, intended for the user to fill in the course plan of insured sums.

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!

Risiko- und Gesundheitsfragen zu Ihrer Risikolebensversicherung

(Immobilienfinanzierung)

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 11 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 Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit bereits versichert sind. Achten Sie auch darauf, dass eventuelle Korrekturen von der versicherten Person in jedem Einzelfall abgezeichnet sein müssen.

1. Größe cm | Gewicht kg |

2. Wurden Sie in den letzten **2 Jahren** untersucht, beraten oder behandelt oder hatten Sie Beschwerden hinsichtlich: Nein Ja

- Herz-Kreislauf, Blutgefäße
- chronische Magen-Darm-Erkrankungen, Pankreas
- Nieren, Harnwege, Leber oder Galle
- gutartige und / oder bösartige Neubildungen (Tumorerkrankungen / Krebs), Leukämie
- Diabetes
- Kontrollbedürftige Laborwerte außerhalb der Norm
- psychische oder neurologische Erkrankungen
- chronische Atemwegs- und Lungenerkrankungen
- rheumatische Erkrankungen und Kollagenosen
- HIV Infektion/AIDS
- Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch

Nicht relevant sind Vorsorgeuntersuchungen ohne krankhaften Befund, Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion.

3. Haben Sie in den letzten **2 Jahren** regelmäßig (d.h. täglich über mehr als 2 Wochen, wöchentlich, monatlich) Medikamente eingenommen, oder nehmen Sie aktuell Medikamente? Nein Ja

Nicht relevant sind Verhütungsmittel, Allergiemedikamente, Schilddrüsenmedikamente, Nahrungsergänzungsmittel.

Wenn Sie die Frage 2. und/oder 3. mit „Ja“ beantworten, ist das übliche Antragsformular mit vollumfänglichen Risiko- und Gesundheitsfragen zu verwenden. Ebenso wenn ein bei der EUROPA Lebensversicherung gestellter Antrag abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen wurde.

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

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!

Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person

4. Sind Sie Raucher, haben Sie also in den **letzten 12 Monaten** aktiv, wenn auch nur gelegentlich, Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen? Nein Ja
5. Fahren Sie Zweirad, Quad oder Trike - jeweils ab 80 ccm - als Fahrer, Beifahrer oder Saisonfahrer oder ist ein solches auf Sie zugelassen? Nein Ja
6. Sind Sie privat oder beruflich erhöhten Gefahren ausgesetzt, wie z.B.: Nein Ja
- Tauchen (Nicht relevant sind: Schnorcheln, Tauchen ≤ 40m Tiefe ohne Sondertauchgänge (wie z.B. Strömungs- oder Nachttauchen))
 - Klettern / Bergsteigen (Nicht relevant sind: Bergwandern, Indoor-Klettern)
 - Flugrisiko / Drachenfliegen / Fallschirmspringen
 - Motor(boot)sport
 - geplante Auslandsaufenthalte außerhalb der EU von mehr als 6 Wochen
 - Kampfsport (Nicht relevant sind: Judo, Karate, Ringen, Boxen / Kickboxen ohne Wettkampf)
 - Pferdesport (Nicht relevant sind: Freizeitreiten, Dressurreiten, Springreiten, Voltigieren)
 - Umgang mit Sprengstoff oder Waffen
 - Aufenthalt in Krisengebieten

Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben: _____

Hinweis:
Wenn Sie die Frage Nr. 4 mit „Nein“ beantworten, beachten Sie bitte die Nichtrauchererklärung.

Nichtrauchererklärung

Die zu versichernde Person ist Nichtraucher, also sie hat in den letzten zwölf Monaten 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 Nummer 2 der Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung entnehmen. Mir ist bewusst, dass ich und die zu versichernde Person verpflichtet sind, die Änderung des Nichtraucherstatus unverzüglich der EUROPA Lebensversicherung AG in Textform mitzuteilen.

Wichtige Erklärung bei Beantragung des Nichtraucher tariffs

Erklärung zur Immobilienfinanzierung und Besondere Vereinbarung

Die beantragte Risikolebensversicherung dient der Absicherung eines Darlehens für den Bau, Neuerwerb oder die Modernisierung einer Immobilie. Bei der Immobilie handelt es sich um eine Wohnimmobilie, die der Selbstnutzung seitens der zu versichernden Person dient.
Der Antragsteller verpflichtet sich, den Darlehensvertrag innerhalb von acht Wochen nach Erstellung des Versicherungsscheins in Kopie nachzureichen.

Wird der Darlehensvertrag nicht innerhalb dieses Zeitraums der EUROPA Lebensversicherung AG vorgelegt, ist die EUROPA Lebensversicherung AG berechtigt, innerhalb von einer Frist von weiteren vier Wochen rückwirkend vom Vertrag zurückzutreten.

Bitte beachten:
Der Darlehensvertrag muss innerhalb der letzten 6 Monate vor Antragstellung geschlossen worden sein oder der Abschluss des Darlehensvertrages steht unmittelbar bevor.

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 Versicherungsverbandes 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 Versicherungsverbandes 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 Versicherungsverbandes.

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:

<input type="text"/>	✘	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift des Kontoinhabers und/oder der gesetzlichen Vertreter, 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 - Variable Risikolebensversicherung - Tarif E-VRL
- Individuelle Vertragsinformationen (IVI) unter Berücksichtigung der individuellen Angaben in diesem Antrag
- „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“

Stand: AVI

<input type="text"/>	✘	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift des Antragstellers und/oder der gesetzlichen Vertreter, z.B. bei Minderjährigen

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.

Schlusserklärung und Unterschriften

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, überprüfen Sie bitte alle Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Bitte beachten Sie den Abschnitt „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“, die „Informationen zum Datenschutz“ auf Seite 10 und die „Weiteren Informationen“ auf Seite 11. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Erklärungen zum Inhalt des Antrags. Bitte beachten Sie die Erklärung zur Immobilienfinanzierung und die Besondere Vereinbarung auf der Seite 5.

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor dem Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

<input type="text"/>	✘	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift des Antragstellers und/oder der gesetzlichen Vertreter, z.B. bei Minderjährigen

<input type="text"/>	✘	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift der zu versichernden Person ab Alter 16 und/oder der gesetzlichen Vertreter, z.B. bei Minderjährigen

<input type="text"/>	✘	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift des Vermittlers

Fragen? Anrufen!
0221 5737-300

Mo-Fr 7-20 Uhr

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!