

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!

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 Continental 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 Nackenschmerzen 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. Sind Sie Raucher, haben Sie also in den **letzten 12 Monaten** aktiv, wenn auch nur gelegentlich, Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen? Nein Ja
12. Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?
 Name, Fachrichtung:
 Anschrift:
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
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

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

Hinweis:
 Wenn Sie die Frage Nr. 11 mit „Nein“ beantworten, beachten Sie bitte die Nicht-rauchererklärung auf Seite 5.

Fragen? Anrufen!
0221 5737-300

Mo - Fr 7 - 20 Uhr

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!

Erklärungen der zu versichernden Person

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
			anonym

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) 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.			
			anonym

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, 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

Fragen? Anrufen!
0221 5737-300

Mo-Fr 7-20 Uhr

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!