

Persönlicher Antrag für Ihre EUROPA Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsversicherung

EUROPA
VERSICHERUNG PUR.

Tarife E-BU / E-EU / E-SBU / E-SEU

VEP-Nr.:

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

VEP-Name:

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 12 dieses Antrages.

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Anrede: Herr Frau Firma

Vorname und Name (ggf. Geburtsname):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl: Ort:

Geburtsdatum:

Staatsangehörigkeit:

Arbeitgeber/Dienststelle:

Derzeit ausgeübte Tätigkeit:

Branche/Studienrichtung:

Berufsstatus: Selbstständiger Angestellter Öffentlicher Dienst/Beamter Sonstiges

Telefon*:

E-Mail-Adresse*:

Bitte vollständig ausfüllen!

Zu versichernde Person

(Adresse nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Anrede: Herr Frau

Vorname und Name (ggf. Geburtsname):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl: Ort:

Geburtsdatum:

Staatsangehörigkeit:

Arbeitgeber/Dienststelle:

Derzeit ausgeübte Tätigkeit:

Branche/Studienrichtung:

Berufsstatus: Selbstständiger Angestellter Öffentlicher Dienst
 Beamter Student/Uni/FH/DH Auszubildender/BA Student/sonst. Student

Arbeiter

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

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!

Zusätzliche Angaben der zu versichernden Person

Grad der Ausbildung: Akademiker (Uni/FH/DH) abgeschlossene Meisterprüfung in der derzeit ausgeübten Tätigkeit
 abgeschlossene Berufsausbildung mit Regelausbildungszeit von 3 Jahren oder mehr in der derzeitige ausgeübten Tätigkeit
 Kaufmännischer Abschluss (IHK o.VFA)
 Abschluss Industrie (IHK)
 Handwerklicher Abschluss (HwO o. HWK)

Haben Sie eine leitende Tätigkeit mit mindestens 5 personell unterstellten Vollzeitkräften? Nein Ja

Üben Sie zu mindestens 75% eine Bürotätigkeit (Innendienst) und/oder Aufsichtstätigkeit aus? Nein Ja

Hinweis:
Nähere Informationen finden Sie unter „Begriffserläuterungen“ auf Seite 13.

Vertragslaufzeit

Versicherungsbeginn:

Eintrittsalter: Jahre

Versicherungsdauer: Jahre Monate

Leistungsdauer: Jahre Monate (gerechnet ab Versicherungsbeginn)

Beiträge und Leistungen

Tarifart: Raucher Nichtraucher

Gewünschte Absicherung: Berufsunfähigkeit (E-BU) Erwerbsunfähigkeit (E-EU)
 Starter BU-Absicherung (E-SBU) Starter EU-Absicherung (E-SEU)

Rente monatlich: EUR

Leistungsdynamik im BU-/EU-Fall: 0,5% 1,0% 1,5%
 2,0% 3,0% anderer Satz

Karenzzeit für die BU-/EU-Rentenzahlung: Monate

oder

Sofortkapital bei BU/EU: (nicht in Verbindung mit Karenzzeit)

Zahlungsweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Gesamter Zahlbeitrag^① (Tarifbeitrag):

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

Bitte kreuzen Sie den gewünschten Schutz an.

Verwendung der Überschussanteile^①

Beitragsverrechnung Verzinsliche Ansammlung

Dynamische Erhöhung

Jährliche automatische Anpassung des laufenden Beitrags

im gleichen Verhältnis wie der Verbraucherpreisindex, mindestens um 2%, höchstens um 6%
 um einen gleichbleibenden Satz von (ganzzahlig 2 oder 3%)
 keine Erhöhung des Beitrags

Risiko- und Gesundheitsfragen zu Ihrer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

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 12 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 12). 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 6 erforderlich!

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
- k) **der Haut** (z.B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte)? Nein Ja

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!

Erklärungen der zu versichernden Person

- 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. 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
14. 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

Bei allen mit „Ja“ beantworteten Fragen sind Zusatzangaben auf Seite 6 erforderlich!

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!

Erklärungen der zu versichernden Person

15. Bestehen bereits Absicherung für den Todesfall, den Fall einer Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder den Verlust von Grundfähigkeiten oder wurden solche in den **letzten 5 Jahren** beantragt? Nein Ja

- Versicherungen, Zusatzversicherungen
- sonstige Ansprüche (z.B. aus einer betrieblichen Altersversorgung)
- Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder auf Versorgungsansprüche aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen

Art der Absicherung? Höhe des Todesfallschutzes bzw. der monatlichen Rente in Euro? Name des Unternehmens bzw. Versorgungsträgers?

16. Beabsichtigen Sie mit der beantragten Versicherung einen bestehenden Vertrag abzulösen? Wenn ja, welchen? Bis wann? Monatliche Rente in Euro? Name des Unternehmens? Nein Ja

17. Haben Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? Wenn ja, wann und weshalb? Nein Ja

18. **Nur auszufüllen bei Gesamtrenten*) über 1.000 Euro (bei Ärzten über 1.500 Euro) monatlich (ggf. jeweils inkl. Sofortbonus):**

■ **Arbeitnehmer:**
jährliches Nettoarbeitseinkommen _____ EUR

■ **Selbständiger:**
Gewinn/Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre
(aus selbständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb ohne Vermietung und Verpachtung)

Jahr _____ EUR

Jahr _____ EUR

Jahr _____ EUR

Beginn der Selbstständigkeit _____

■ **betriebliche Altersversorgung:**
jährliches Bruttoarbeitseinkommen _____ EUR

Bei Gesamtrenten*) über 2.500 Euro bitte Einkommensnachweise bzw. Nachweise über den Gewinn/Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre einreichen.

*) Bei den Gesamtrenten sind private und betriebliche Leistungen, auch bei anderen Gesellschaften/Versorgungsträgern, sowie Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder auf Versorgungsansprüchen aus Beamten- und beamtenähnlichen Verhältnissen mit einzubeziehen.

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

Zusätzliche Angaben zu den mit „Ja“ beantworteten Fragen 1 bis 10

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, Kur- einrichtungen mit Anschrift
			anonym
			anonym
			anonym

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

Zusätzliche Angaben zu den mit „Ja“ beantworteten Fragen 11 bis 18

Frage Nr.	

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

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

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!