

Antrag

EUROPA Risikolebensversicherung bzw. EUROPA Risikolebensversicherung Premium

– Austria –

Stand: 01.05.2024

EUROPA Lebensversicherung AG
Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit
Piusstraße 137, D-50931 Köln
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 EUR.

EUROPA Lebensversicherung AG



Dr. Helmich



Dr. Hofmeier

Vereinbarung der elektronischen Kommunikation für die Antragstellung

Mir – als Antragsteller (Versicherungsnehmer) – wurde ein Produkt der EUROPA Lebensversicherung AG vorgeschlagen, zu dem ich den Abschluss eines Versicherungsvertrags beantragen möchte.

Ich stimme zu, dass im Zusammenhang mit dem zu beantragenden Versicherungsvertrag

- die vorvertraglichen Informationen
 - die Individuellen Vertragsinformationen,
 - die Allgemeinen Vertragsinformationen und
 - das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten sowie
- die Antragskopie inklusive aller Zusatzerklärungen

auf die von mir im Antrag angegebene E-Mail-Adresse rechtswirksam übermittelt werden und ich meine Erklärungen bei Antragsstellung im Wege der elektronischen Kommunikation rechtswirksam abgebe.

Auch bei vereinbarter elektronischer Kommunikation habe ich das Recht, jederzeit – jedoch jeweils nur einmalig kostenfrei – elektronisch erhaltene Informationen auf Papier zu erhalten.

Die Vereinbarung der elektronischen Kommunikation kann von mir oder der EUROPA Lebensversicherung AG jederzeit widerrufen werden. Sie gilt ausschließlich für die angegebenen vorvertraglichen Informationen und Erklärungen im Rahmen der Antragstellung und nicht für spätere Erklärungen, Urkunden und Informationen.

Ebenfalls ausgenommen sind Erklärungen, Urkunden und Informationen, die aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift oder einer vertraglichen Vereinbarung der Schriftform, das heißt einer Unterschrift, bedürfen.

Ich verfüge über einen regelmäßigen Internet-Zugang. Ich bin damit einverstanden, dass auf die von mir angegebene E-Mail-Adresse auch die von mir oder der zu versichernden Person bei Antragstellung erhobenen Risiko- und Gesundheitsdaten gesandt werden.

Die hiermit getroffene Vereinbarung der elektronischen Kommunikation ist auch ohne Unterschrift wirksam.

Für die vorvertraglichen Informationen wünsche ich abweichend von der oben getroffenen Vereinbarung deren Übermittlung in Papierform.

Mitteilung nach §§ 16ff VersVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Die nachfolgenden Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die zu versichernde Person. 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 die zu versichernde Person.

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in geschriebener Form gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten (vorvertragliche Anzeigepflicht). Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie 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 geschriebener Form fragen, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in geschriebener Form 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

Bei einer schuldhaften Verletzung der Anzeigepflicht können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten.

Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir die nicht oder unrichtig angezeigten Umstände kannten oder wir den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht oder unrichtig angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen hätten. Wenn wir den Rücktritt erklären, besteht kein Versicherungsschutz.

Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände

- 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.

Wenn der Versicherungsvertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Bei einer Rentenversicherung haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Auszahlungsbetrags, bei einer Risikoversicherung oder einer Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeitsversicherung wird kein Auszahlungsbetrag fällig.

2. Schuldlose Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Sofern die Anzeigepflicht schuldlos erfolgt ist, verzichten wir auf die uns aus § 41 VersVG zustehenden Rechte zur Anpassung und Kündigung des Versicherungsvertrags.

3. Weitere Voraussetzungen für die Ausübung unseres Rechtes auf Rücktritt

Wir müssen unser Recht auf Rücktritt innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unseres Rechtes müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Wir können uns auf unser Recht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unser Recht können wir nur innerhalb von drei Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Wurde die Anzeigepflicht arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre seit Vertragsabschluss.

4. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts 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 schuldhaft verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Verschulden zur Last fällt.

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

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Anrede: Herr Frau Firma

Vorname und Name (ggf. Geburtsname):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

A-

Ort:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Arbeitgeber / Dienststelle:

Berufsstatus: Selbstständiger Angestellter Öffentlicher Dienst/Beamter Sonstiges

Beruf (zurzeit ausgeübt) / Branche bzw. Studienrichtung:

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:

A-

Ort:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Arbeitgeber / Dienststelle:

Berufsstatus: Selbstständiger Angestellter Öffentlicher Dienst/Beamter Sonstiges

Beruf (zurzeit ausgeübt) / Branche bzw. Studienrichtung:

Telefon [ⓞ]:

E-Mail-Adresse [ⓞ]:

Hinweis:

- Wir kontaktieren Sie ausschließlich um Vertragsfragen zu klären. Diese Angaben sind freiwillig.
- Diese Angabe ist grundsätzlich freiwillig, jedoch notwendig bei Vereinbarung der elektronischen Kommunikation.

Fragen? Anrufen!

+43 1 51 233 52

Mo-Do 8.30 - 17.00 Uhr
Fr 8.00 - 17.00 Uhr

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!

Vertragslaufzeit und Leistung

Versicherungsbeginn:

Eintrittsalter: Jahre

Versicherungsdauer: Jahre Monate (= Beitragszahlungsdauer)

Versicherungssumme: Euro

Dynamische Erhöhung¹: (Falls gewünscht, bitte ankreuzen.)

- 1** 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 350.000 Euro für den Dynamikeinschluss nicht überschritten wird.

Beiträge und Zahlweise

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

Zahlungsweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

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

Zahlbeitrag² (Tarifbeitrag):

Mehrbeitrag Gewicht:

Mehrbeitrag Zweirad/Quad/Trikefahrer:

Mehrbeitrag Fristenverzicht (für 3 Jahre):

Gesamter Zahlbeitrag² (Tarifbeitrag) ohne Versicherungsteuer:

Gesamter Zahlbeitrag² (Tarifbeitrag) mit 4% Versicherungsteuer:

Bitte kreuzen Sie den gewünschten Schutz an.

- 2** 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: A- 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.

Wichtig!

Zwingend erforderlich:

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

Bezugsberechtigung und Rechtsnachfolge

Bezugsberechtigung:

Bezugsberechtigt für den **Todesfall** der versicherten Person³

Anrede: Herr Frau Geburtsdatum:

Vorname und Name:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl: Ort:

Bezugsberechtigt für den **Erlebensfall** der versicherten Person (bei ggf. vereinbartem Premium-Schutz und/oder Zusatzschutz Krebs Plus) ist 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 weiterführen. Die Rechtsnachfolge kann vom VN jederzeit in Textform widerrufen werden.

- 3** falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer oder seine Erben

Bitte **immer namentlich** nennen.

Fragen? Anrufen!
+43 151 233 52
Mo-Do 8.30 - 17.00 Uhr
Fr 8.00 - 17.00 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 geschriebener Form gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Bitte beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach §§ 16ff VersVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 2 dieses Antrags.

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 Versicherungsverbundes 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 nicht zu machen (siehe Erläuterung auf Seite 8). Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Antragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne stellen, um dann aktuell eine Antragsentscheidung treffen zu können.

Bitte gut durchlesen und beachten!

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 7 erforderlich!

Fragen? Anrufen!
+43 151 233 52
Mo-Do 8.30 - 17.00 Uhr
Fr 8.00 - 17.00 Uhr

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!

Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person

- k) **der Haut** (z.B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte)? Nein Ja
- l) **der Augen** (z.B. Fehlsichtigkeit von mehr als 8 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

Bei allen mit „Ja“ beantworteten Fragen sind Zusatzangaben auf Seite 7 erforderlich!

Wenn Sie die Frage 11a) oder 11b) mit „Ja“ beantwortet haben, beachten Sie bitte die Nichtrauchererklärung auf Seite 8!

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 auch beabsichtigt, dies in Zukunft nicht zu tun.

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!

Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person

12. Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?
 Name, Fachrichtung: _____
 Anschrift: _____
13. Fahren Sie ein motorisiertes Zweirad, Trike oder Quad (als Fahrer, Beifahrer, Saisonfahrer) mit einer bauartbedingten Höchstgeschwindigkeit von über 45 km/h? 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
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 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.			

Fragen? Anrufen!
+43 151 233 52
 Mo-Do 8.30 - 17.00 Uhr
 Fr 8.00 - 17.00 Uhr

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!

Genetische Untersuchungen und Analysen – Durchführung und Verwendung prädiktiver Gentests

Die EUROPA Lebensversicherung AG darf nach dem österreichischen Gentechnikgesetz (GTG) 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.

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

Nichtrauchererklärung

Die zu versichernde Person ist Nichtraucher und hat in dem in der Gesundheitserklärung (Frage I Ia bzw. I Ib auf Seite 6) angegebenen Zeitraum vor Antragstellung nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen und beabsichtigt auch, dies in Zukunft nicht zu tun. Wird die zu versichernde Person nach Antragstellung Raucher, stellt dies eine Gefahrerhöhung dar. Die Folgen dieser Gefahrerhöhung (Beitragserhöhung oder Herabsetzung der Versicherungssumme) kann ich Abschnitt B - Einstufung nach dem Rauchverhalten - der Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung entnehmen. Mir ist bewusst, dass ich und die zu versichernde Person verpflichtet sind, eine Änderung des Nichtraucherstatus unverzüglich der EUROPA Lebensversicherung AG in geschriebener Form mitzuteilen.

Wichtige Erklärung bei Beantragung der Risikoversicherung für Nichtraucher

Besondere Vereinbarung: Fristenverzicht bei Absicherung von Bankdarlehen^o

Es wird abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen diese besondere Vereinbarung mit Versicherungsbeginn gewünscht, um ein Bankdarlehen mittels der beantragten Risikoversicherung abzusichern. Die EUROPA Lebensversicherung AG leistet im Versicherungsfall durch Selbsttötung schon vor Ablauf von drei Jahren nach Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. seit dem Zeitpunkt der Erhöhung oder Wiederinkraftsetzung und verzichtet auf die Ausübung der Rechte bei Verletzung von vorvertraglichen Anzeigepflichten, sofern keine arglistige Täuschung vorliegt (Leistungserweiterung), wenn der EUROPA Lebensversicherung AG spätestens 8 Wochen nach dem Policierungsdatum die zu Gunsten der kreditgebenden Bank erfolgte Sicherungsabtretung durch Vorlage der Abtretungsvereinbarung in geschriebener Form angezeigt wird. Für die Leistungserweiterung ist ein zusätzlicher Tarifbeitrag in Höhe von 1,0% der anfänglichen Versicherungssumme pro Jahr zu zahlen, jedoch nur jeweils in den ersten drei Versicherungsjahren ab Versicherungsbeginn bzw. ab Wiederherstellung des Versicherungsvertrages.

- 1 Die Vereinbarung des Fristenverzichts ist grundsätzlich bis zu einer Versicherungssumme in Höhe von 300.000 EUR möglich.

Ab einer Versicherungssumme über 200.000 EUR ist eine ärztliche Untersuchung auf Ihre Kosten erforderlich. Der Fristenverzicht bezieht sich auf die Restforderung der Bank oder Sparkasse zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles.

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 DE95ZZZ00000053646) 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. DE95ZZZ00000053646

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:

BIC:

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

und/oder der gesetzlichen Vertreter, z.B. bei Minderjährigen

Fragen? Anrufen!
+43 151 233 52
Mo-Do 8.30 - 17.00 Uhr
Fr 8.00 - 17.00 Uhr

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

Zur Bearbeitung Ihres Antrags und zur Durchführung des Versicherungsvertrags müssen wir, die EUROPA Lebensversicherung AG, auch Gesundheitsdaten oder andere besonders schutzwürdige Daten verarbeiten. In den nachfolgend genannten Fällen benötigen wir dazu Ihre Einwilligung.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Informationen, die der Schweigepflicht unterliegen, bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben oder an einbezogene Dritte weiterleiten zu dürfen. Der Schweigepflicht unterliegen insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, aber auch andere Informationen, z.B. dass ein Vertrag mit Ihnen besteht.

1 Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch die EUROPA Lebensversicherung AG

Zur Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten bei der Risikobeurteilung im Antragsfall (Risikoprüfung) benötigen wir Ihre Einwilligungserklärung. In der Risikoprüfung nutzen wir auch vollautomatisierte Verfahren zur Einschätzung individueller Risiken. Dadurch kann zügig und kostengünstig entschieden werden, ob und zu welchen Bedingungen Versicherungsschutz geboten werden kann.

Auch in der Leistungsprüfung können Gesundheitsdaten vollautomatisiert verarbeitet werden. Wir prüfen dabei maschinell, ob und in welchem Umfang Sie eine Leistung beanspruchen können. Berechtigte Ansprüche können so schneller erfüllt und unberechtigte abgelehnt werden. Hierzu benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG meine in diesem Antrag, in einem früheren Antrag oder Vertragsverhältnis und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Risikoprüfung sowie zum Abschluss dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

Weiter willige ich ein, dass meine Gesundheitsdaten in der Risikoprüfung und/oder Leistungsprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden.

2 Einwilligung zur Ermittlung und Übermittlung von Daten gemäß § 11a VersVG

2.1 bei Vertragsabschluss

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (z.B. Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblatt, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, sowie den bekannt gegebenen Sozialversicherungsträgern ermitteln darf.

Soweit erforderlich bin ich auch damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang der Schweigepflicht unterliegende Informationen durch die EUROPA Lebensversicherung AG an die genannten Stellen weitergegeben werden. Insoweit befreie ich die für die EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

2.2 im Versicherungsfall

Unerlässliche Auskünfte im Sinne der nachfolgenden Einwilligung sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht sowie der Überprüfung einer etwaigen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (z.B. Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, Operationsbericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Ich werde im Fall einer solchen Datenermittlung 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dann werde ich darauf hingewiesen, dass ich dieser Datenermittlung binnen der 14tägigen Frist gegenüber der EUROPA Lebensversicherung AG widersprechen kann.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf.

Soweit erforderlich bin ich auch damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang meine Gesundheitsdaten und andere der Schweigepflicht unterliegende Informationen durch die EUROPA Lebensversicherung AG an die genannten Stellen weitergegeben werden. Insoweit befreie ich die für die EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Nach § 11a VersVG besteht für mich auch die Möglichkeit, anstelle der Einwilligung in diesem Antrag zur Datenermittlung für die Bearbeitung eines Versicherungsfalles in die Datenermittlung zur Bearbeitung eines Versicherungsfalles jeweils gesondert im Einzelfall einzuwilligen. Mache ich von diesem Recht auf Einzelfalleinwilligung Gebrauch, teile ich das der EUROPA Lebensversicherung AG durch die unten stehende Checkbox mit.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Möglichkeit I:

Ich willige in die Datenermittlung zur Bearbeitung des Versicherungsfalles ein und werde im Fall der Datenermittlung zur Bearbeitung eines konkreten Versicherungsfalles verständigt, woraufhin mir ein 14tägiges Widerrufsrecht zusteht.

Möglichkeit II:

Ich möchte im Fall der Datenermittlung zur Bearbeitung eines konkreten Versicherungsfalles die Einzeleinwilligung erteilen.

Für 2.1 und 2.2 gilt: Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Die Erklärungen gelten auch für die Bearbeitung aller Versicherungsfälle, die vor Ablauf der genannten Frist eingetreten sind. Für die Prüfung, ob 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 entscheiden Sie sich für eine der beiden Möglichkeiten und kreuzen Sie diese an.

Fragen? Anrufen!

+43 151 233 52

Mo-Do 8.30 - 17.00 Uhr

Fr 8.00 - 17.00 Uhr

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

2.3 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Leistungsprüfung kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Das gilt auch für die bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss mögliche Prüfung, ob bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risiko- beurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten und anderer der Schweigepflicht unterliegenden Informationen bei anderen Stellen wie oben unter Ziffer 2.2 (Möglichkeit I) ein. Dies gilt für die Leistungsprüfung bzw. eine erforderliche erneute Antragsprüfung.

Bitte ankreuzen!

3 Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und anderer der Schweigepflicht unterliegender Informationen an Stellen außerhalb der EUROPA Lebensversicherung AG

Für die Risiko- und Leistungsprüfung kann es notwendig sein, Ihre Daten an Stellen außerhalb der EUROPA Lebensversicherung AG weiterzugeben. Dies geschieht regelmäßig auf gesetzlicher Grundlage, z.B. an medizinische Gutachter und Auftragsverarbeiter. In den nachfolgenden Fällen ist eine Einwilligung und/oder eine Schweigepflichtentbindung zur Bearbeitung Ihrer Anliegen zwingend erforderlich.

3.1 Übertragung von Aufgaben auf Dienstleister

Wir übertragen bestimmte Aufgaben im Bereich der Risikoprüfung, Vertragsverwaltung oder der Leistungsprüfung auf andere Gesellschaften des Continentale Versicherungsverbands oder einen anderen Dienstleister. Alle Dienstleister sind zur Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit sowie zur Geheimhaltung verpflichtet.

Für die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch einige Dienstleister benötigen wir Ihre Einwilligung. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über diese Dienstleister und Kategorien von Dienstleistern in unseren Datenschutzhinweisen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültigen Datenschutzhinweise finden Sie im Internet unter www.europa.de/datenschutz. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Dienstleister bitten wir Sie um Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an die in der oben erwähnten Liste genannten Dienstleister übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die EUROPA Lebensversicherung AG dies tun dürfte.

3.2 Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer

Wenn Sie als versicherte Person nicht selbst Antragsteller bzw. Vertragspartei sind, kann es erforderlich sein, dass wir dem Versicherungsnehmer Daten mitteilen, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen. Das gilt insbesondere für die Ergebnisse der Risikoprüfung wie die Versicherbarkeit einschließlich der Feststellung etwaiger Ausschlüsse vom Versicherungsschutz wegen bestimmter Erkrankungen. Auch zur Durchführung des Versicherungsvertrags kann es erforderlich sein, dem Versicherungsnehmer Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit geben, zur Kenntnis zu geben. Das gilt insbesondere, wenn an den Versicherungsnehmer Hinweise auf zu erfüllende vertragliche Anzeige- und Auskunftspflichten oder zur Einhaltung von Fristen gegeben werden müssen sowie für die Mitteilung der Ergebnisse der Leistungsprüfung. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, für diesen Fall einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten – soweit dies für die oben genannten Zwecke erforderlich ist – dem Versicherungsnehmer gegenüber offenlegt. Soweit erforderlich, entbinde ich dazu die für die EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Wir geben in der Regel keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvermittler (Versicherungsvertreter oder Versicherungsmakler) weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

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

Der Versicherungsvermittler, 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 Versicherungsververtreters kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Versicherungsvertreter kommen. Sie werden in diesem Fall vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten an den neuen Versicherungsvertreter informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen. Dies gilt auch für eine Übertragung von Vertragsdaten von einem Versicherungsmakler auf einen Versicherungsvertreter. Für die Übertragung von Vertragsdaten von einem Versicherungsmakler auf einen anderen Versicherungsmakler gilt dies nur, sofern der neue Versicherungsmakler dem Versicherungsunternehmen noch keine Maklervollmacht vorgelegt hat und eine Datenübermittlung erforderlich ist. In diesem Fall benötigen wir auch Ihre Schweigepflichtentbindung.

Für die Datenweitergabe in diesen Fällen benötigen wir Ihre Einwilligung. Die Einwilligung gilt auch für die Übermittlung von Gesundheitsdaten an Dienstleistungsgesellschaften, die vom Versicherungsvermittler für die Entgegennahme von Daten beauftragt sind. Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsvermittler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvermittler ein. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler und Dienstleister von Versicherungsvermittlern übermittelt und diese dort verarbeitet werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich dazu die für die EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler nach Ende ihrer Betreuung

Im Laufe eines Versicherungsvertrags kann es vorkommen, dass ein selbstständiger Versicherungsvermittler, der Ihren Vertrag vermittelt oder erweitert (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. Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsmakler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvermittler ein. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG an Versicherungsvermittler und Dienstleister von Versicherungsvermittlern 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 – soweit erforderlich – übermittelt und diese dort verarbeitet werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich dazu die für die EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Fragen? Anrufen!

+43 151 233 52

Mo-Do 8.30 - 17.00 Uhr
Fr 8.00 - 17.00 Uhr

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

4 Verarbeitung 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. Wir verarbeiten Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherer beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert. Dafür benötigen wir Ihre Einwilligung.

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 verarbeitet.

5 Datenübermittlung an Auskunfteien

Im Zusammenhang mit der Antragstellung wird zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos eine Bonitätsauskunft eingeholt. Auch bei Sonderzahlungen zu laufenden Versicherungsverträgen kann eine Bonitätsprüfung erforderlich sein.

Zu diesem Zweck entbinde ich die für die EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen 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.

6 Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später unter der oben angegebenen Adresse mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen nochmals klarstellend darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrags in der Regel nicht möglich sein wird.

Geben Sie uns Ihre Erklärung und Einwilligung in den Fällen der Ziffern 1, 2.1 bis 2.3, 3.3, 3.4 und 5 zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, kann dies zu einer Verzögerung der Risikoprüfung führen oder der Abschluss des Versicherungsvertrags nicht möglich sein. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt, kann dies zu einer Verzögerung bei der noch nicht abgeschlossenen Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung im Fall der Ziffer 3.1 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.

Ist ein sonstiger Widerruf treuwidrig oder wird dadurch die weitere Vertragsdurchführung unmöglich, können wir einen solchen Widerruf nicht berücksichtigen.

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

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich folgende Unterlagen erhalten habe:

- Individuelle Vertragsinformationen (IVI)
- Allgemeine Vertragsinformationen (AVI) Tarife E-RL, E-RLP, E-VRL
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten – Risikolebensversicherung – Tarife E-RL, E-RLP

IVI-Nr. (s. Seite 1 der IVI)

Stand: AVI

Datum



Unterschrift des Antragstellers
und/oder der gesetzlichen Vertreter, z.B. bei Minderjährigen

Wichtig!

Bitte tragen Sie die Daten vollständig ein.

Hinweis:

- Die IVI enthalten - unter Berücksichtigung der individuellen Angaben in diesem Antrag - insbesondere die Belehrung zu den Rücktrittsrechten sowie die Tabelle der Garantiewerte.
- Die AVI enthalten unter anderem die Versicherungsbedingungen sowie die Datenschutzhinweise.

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.

Belehrung über die Rücktrittsrechte des Versicherungsnehmers

1. Rücktrittsrecht nach § 5c Versicherungsvertragsgesetz - VersVG

1. Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z.B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.

2. Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (= Zusendung des Versicherungsscheines), jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämien(Beitrags-)festsetzung oder -änderung und diese Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.

3. Die Rücktrittserklärung ist zu richten an: EUROPA Lebensversicherung AG, Piusstraße 137, D-50931 Köln, Postfach, D-50595 Köln, Fax: 00 49 / 221 / 57 37 - 380, E-Mail-Adresse: kundenservice-lv@europa.de

Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden. Die Erklärung ist auch wirksam, wenn sie in den Machtbereich Ihres Versicherungsvertreters gelangt.

4. Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie (Beitrag). Wenn Sie bereits Prämien (Beiträge) an den Versicherer geleistet haben, die über diese Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzuzahlen.

5. Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben, es sei denn, diese Belehrung wäre derart fehlerhaft, dass sie Ihnen die Möglichkeit nimmt, Ihr Rücktrittsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen wie bei zutreffender Belehrung auszuüben.

2. Rücktrittsrecht nach § 8 FernFinG

Sofern der Vertrag als Fernabsatzvertrag im Sinne des Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetzes – FernFinG zustande gekommen ist, gilt auch

1. Sie können binnen 30 Tagen ohne Angabe von Gründen von Ihrem Versicherungsantrag oder vom Versicherungsvertrag zurücktreten.

2. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem Sie über den Abschluss des Vertrags informiert werden und Ihnen die Versicherungsbedingungen sowie die Vertriebsinformationen (die Vertriebsinformationen sind in diesem Antrag und in den in der Empfangsbestätigung genannten Unterlagen enthalten) zugegangen sind. Es genügt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb der Frist in geschriebener Form oder auf einem dauerhaften Datenträger erklärt und an den Versicherer – Adresse siehe Punkt I. (3) – abgesendet wird.

3. Durch den wirksamen Rücktritt vom Versicherungsvertrag wird das Vertragsverhältnis rückwirkend aufgelöst, d.h., es endet der Versicherungsschutz. Wurde bereits Deckung gewährt, hat der Versicherer Anspruch auf eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie (Beitrag).

Schlusserklärung und Unterschriften

Meine Angaben in diesem Antrag sind vollständig und richtig. Die „Mitteilung nach § 16 ff VersVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 2 habe ich zur Kenntnis genommen. Jede bis zur Annahme des Antrags noch eintretende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der zu versichernden Person werde ich dem Versicherer unverzüglich in geschriebener Form anzeigen. Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflichten den Vertrag kündigen oder die Leistung verweigern kann.

Mit meiner Unterschrift gebe ich die vorstehenden Erklärungen, insbesondere die „Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung“, ab.

Ich bestätige, dass ich am Vertrag beteiligte Personen zu den Datenschutzhinweisen informiere. Eine Kopie dieses Antrags erhalte ich sofort nach der Unterzeichnung. Über meine Rücktrittsrechte bin ich informiert.

Die zu versichernde Person erklärt hiermit, mit den Regelungen unter „Bezugsberechtigung und Rechtsnachfolge“ auf Seite 4 einverstanden zu sein.

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

Weitere Informationen

1. Vertragsgrundlagen

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

2. Antragskopie

Eine Kopie dieses Versicherungsantrags wird Ihnen nach Unterzeichnung des Antrags sofort ausgehändigt.

3. Weitere Erklärungen

Ich stimme zu, dass die Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit des Versicherungsvertrags in deutscher Sprache erfolgen.

Fragen? Anrufen!

+43 1 51 233 52

Mo-Do 8.30 - 17.00 Uhr

Fr 8.00 - 17.00 Uhr

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!

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.

Datenschutzhinweise bei abweichendem Beitragszahler

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

Umfang der ärztlichen Untersuchungen in Abhängigkeit vom beantragten Versicherungsschutz

Unabhängig von diesen Grenzen sind die Gesundheitsfragen immer vollständig zu beantworten. Für einen möglichen „Verzicht auf das Ausfüllen der Gesundheitsfragen im Antrag“ siehe Medical Home Service.

Versicherungsschutz

Umfang der ärztlichen Untersuchung

Über 500.000 Euro bis einschl.
650.000 Euro Todesfall-Leistung
(nur ab Eintrittsalter 50 Jahre)

Untersuchung auf Formular „Vital-Check“ mit den dort angegebenen Laborwerten durch einen praktischen Arzt oder Facharzt für Innere Medizin.

Über 650.000 Euro Todesfall-Leistung

Untersuchung auf Formular „Ärztliches Zeugnis“ mit den dort angegebenen Laborwerten durch einen praktischen Arzt oder Facharzt für Innere Medizin.

Zusätzlich:

- Zusatzlaborwert NT-proBNP (nur ab Eintrittsalter 50 Jahre)

Über 1.000.000 Euro Todesfall-Leistung

Untersuchung auf Formular „Ärztliches Zeugnis“ mit den dort angegebenen Laborwerten durch einen Facharzt für Innere Medizin und zusätzlich:

- Echocardiographie (2D Echo)
- abdominelle Sonographie
- kleine Lungenfunktionsprüfung
- Zusatzlaborwerte (jeweils mit Angabe des Labor-Normbereiches): Bilirubin, Harnstoff, GOT, Quick
- Cotinintest (nur bei Nichtrauchern)
- Zusatzlaborwert NT-proBNP (nur ab Eintrittsalter 50 Jahre)

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 (MHS)

Untersuchung mit Medical Home Service – als Alternative zur ärztlichen Untersuchung

Die Höhe des beantragten Versicherungsschutzes macht eine Untersuchung erforderlich? Nutzen Sie dafür - alternativ zur ärztlichen Untersuchung - den komfortablen Medical Home Service (MHS) von Medicals Direct Deutschland (Medicals Direct). Dieser bietet die Möglichkeit, durch medizinisches Fachpersonal die **Untersuchung** bequem zu Hause oder am Arbeitsplatz durchführen zu lassen. Der Termin ist sehr flexibel von Montag bis Freitag zwischen 7 und 20 Uhr wählbar und für Sie kostenlos.

Ob der Service an Ihrem Wohn- oder Arbeitsort angeboten wird, können Sie bei Continentale Assekuranz Service GmbH, Fichtegasse 2a, 1010 Wien, Telefon +43 (1) 512 33 52 0 erfragen.

Der MHS steht Ihnen dann innerhalb folgender Grenzen zur Verfügung:

Todesfall-Leistung

- über 500.000 Euro (nur ab Eintrittsalter 50 Jahre) sowie
- über 650.000 Euro bis unter 4.000.000 Euro

Entscheiden Sie sich für die Untersuchung mit MHS, reichen Sie uns die „Erklärung zum MHS“ (Formular-Nr. 8399) zusammen mit dem Antrag ein. Medicals Direct wird sich dann mit Ihnen zwecks Terminvereinbarung in Verbindung setzen.

Zusätzlich möglich:

Verzicht auf das Ausfüllen der Gesundheitsfragen im Antrag ab über 650.000 Euro

Auf Wunsch können Sie auf das Ausfüllen der Gesundheitsfragen Nr. 2 bis Nr. 12 verzichten. Bestätigen Sie dies bitte in der „Erklärung zum MHS“ durch Ankreuzen des Passus vor der Unterschrift.

Risikoträger

EUROPA Lebensversicherung AG

Piusstraße 137
D-50931 Köln

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

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

Diese Seite bitte an uns zurücksenden!