

# Antrag

## **EUROPA Risikolebensversicherung bzw. EUROPA Risikolebensversicherung Premium (Ablebensversicherung)**

– Austria –

Stand: 01.08.2020

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

### **VORLÄUFIGE VERSICHERUNGS-ZUSAGE**

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

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

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

# 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:

Derzeit ausgeübte Tätigkeit:

Branche/Studienrichtung:

Berufsstatus:  Selbstständiger

Angestellter

Öffentlicher  
Dienst/Beamter

Sonstiges

Telefon <sup>⓪</sup>:

E-Mail-Adresse <sup>⓪</sup>:

**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:

Derzeit ausgeübte Tätigkeit:

Branche/Studienrichtung:

Berufsstatus:  Selbstständiger

Angestellter

Öffentlicher  
Dienst/Beamter

Sonstiges

Telefon <sup>⓪</sup>:

E-Mail-Adresse <sup>⓪</sup>:

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

① Der Zahlbeitrag erhöht sich im Drei-Jahres-Rhythmus um 6% gemäß den Besonderen Bedingungen für die Dynamik zur Risikoversicherung. Dynamische Erhöhung kann bis zu einer beantragten Versicherungssumme von max. 200.000 Euro eingeschlossen werden.

## Beiträge und Zahlweise

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

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

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

Mehrbeitrag Gewicht:

Mehrbeitrag Zweirad/Quad/Trikefahrer:

Mehrbeitrag Fristenverzicht (für 3 Jahre):

Mehrbeitrag Zusatzschutz Krebs Plus

Gesamter Zahlbeitrag<sup>②</sup> (Tarifbeitrag) ohne Versicherungsteuer:

Gesamter Zahlbeitrag<sup>②</sup> (Tarifbeitrag) mit 4% Versicherungsteuer:

Zahlungsweise:  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

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.

## 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 geschriebener Form widerrufen werden.

Bitte **immer namentlich** nennen.

## 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

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!

# 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

Im Rahmen der Antragsaufnahme bitten wir Sie und die zu versichernde Person, uns einige Fragen zu beantworten. Diese Angaben sind Grundlage für die weitere Bearbeitung Ihres Antrags in unserem Hause und werden bei Abschluss des Versicherungsvertrags auch wichtiger Bestandteil des Vertrags. Mit den Antworten tragen Sie und die zu versichernde Person wesentlich dazu bei, uns die Beurteilung des von uns zu übernehmenden Versicherungsrisikos zu ermöglichen.

Wichtig für uns ist dabei die Angabe aller Ihnen und der zu versichernden Person bekannten Gefahrumstände, die für unsere Entscheidung zur Risikübernahme erheblich sind. Wir fragen daher nachfolgend nach allen Umständen, die Einfluss auf einen möglichen Eintritt des versicherten Risikos haben könnten. Dazu zählen z.B. neben dem Alter, die Lebensgewohnheiten (z.B. Alkohol- oder Drogengebrauch), die Ausübung von sportlichen Aktivitäten sowie Auslandsaufenthalte, die persönliche medizinische Vorgeschichte und der aktuelle Gesundheitszustand sowie auch die Einkommenssituation der zu versichernden Person.

Sie und die zu versichernde Person sind verpflichtet, uns vor Vertragsabschluss alle bekannten Umstände zu jeder der nachfolgenden gestellten Fragen wahrheitsgemäß, sorgfältig, vollständig und ausführlich anzugeben. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie beide keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Allein auf diesem Wege ist ein individuell gestalteter und wirksamer Versicherungsschutz gewährleistet.

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in jedem Fall vollständig. Ein ärztliches Attest oder ärztliches Zeugnis ersetzt nicht die Beantwortung der 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.**

**Falls die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantwortet werden, kann dies zum Verlust des Versicherungsschutzes führen oder später Vertragsanpassungen – auch rückwirkend – notwendig machen. Wir möchten dies gerne vermeiden, müssten aber bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht im Interesse der anderen Versicherten von rechtlichen Maßnahmen wie z.B. Rücktritt vom Vertrag oder Anfechtung des Vertrags oder auch Verweigerung der beantragten Leistung Gebrauch machen. Bitte tragen Sie und die zu versichernde Person durch ihre Antworten zu einem dauerhaft wirksamen Versicherungsschutz bei.**

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. 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

Bitte gut durchlesen und beachten!

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

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!

## Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person

- 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
- l) **der Augen** (z.B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Sehstörungen, Horn- und Netzhauterkrankung, Star-Erkrankung, erhöhter Augendruck)?  Nein  Ja
- m) **der Ohren** (z.B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Lärmschaden, Gleichgewichtsstörungen)?  Nein  Ja
- n) **Allergien** (z.B. Heuschnupfen, Hausstauballergie, Lebensmittelallergien, sonstige Unverträglichkeiten)?  Nein  Ja
3. Haben Sie in den **letzten 5 Jahren** über einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen täglich Medikamente eingenommen?  Nein  Ja
4. Wurden Sie in den **letzten 10 Jahren** in Krankenhäusern oder Kureinrichtungen stationär behandelt?  Nein  Ja
5. Sind oder waren Sie in den **letzten 5 Jahren** in ambulanter Behandlung von Ärzten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Psychotherapeut, Physiotherapeut)?  Nein  Ja
6. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den **letzten 3 Monaten** Gesundheitsstörungen oder Beschwerden? Hierzu zählen unter anderem Herzrhythmusstörungen, Schmerzen in der Herzgegend, Engegefühl im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Sensibilitäts-, Gang-, Gleichgewichts-, Seh-, Hörstörungen, Blut im Stuhl oder in Körperflüssigkeiten, Rücken- oder Nackenbeschwerden über mehr als 24 Stunden, psychische Erschöpfungszustände, Wahrnehmungsstörungen, Angstzustände, wiederkehrende Schmerzzustände ungeklärter Ursache und allergische Reaktionen.  Nein  Ja
7. a) Nehmen oder nahmen Sie in den **letzten 5 Jahren** Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel? Wurden Sie in den **letzten 5 Jahren** deswegen oder aufgrund deren Folgen beraten oder behandelt?  Nein  Ja
- b) Wurden Sie in den **letzten 5 Jahren** wegen Alkoholkonsums und/oder dessen Folgen beraten oder behandelt?  Nein  Ja
8. Sind Sie zurzeit mit einer Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung krankgeschrieben?  Nein  Ja
9. a) Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen bzw. dauerhafte körperliche Behinderungen? Wenn ja, welche/aufgrund welchen Leidens (z.B. Multiple Sklerose, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, rheumatoide oder infektiöse Erkrankungen)?  Nein  Ja
- b) Besteht ein Grad der Behinderung (GdB), ein Grad der Schädigungsfolge (GdS), eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)?  Nein  Ja
10. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test) oder warten Sie noch auf das Testergebnis?  Nein  Ja

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

11. a) Sind Sie **Nichtraucher seit mindestens 10 Jahren** oder haben noch nie geraucht?  Nein  Ja
- b) Sind Sie **Nichtraucher seit mindestens 12 Monaten** (aber noch nicht seit mindestens 10 Jahren)?  Nein  Ja
- c) Sind Sie **Raucher**?  Nein  Ja
- 
12. Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?  
 Name, Fachrichtung: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_
- 
13. Fahren Sie Zweirad, Quad oder Trike - jeweils ab 80 ccm - als Fahrer, Beifahrer oder Saisonfahrer oder ist ein solches auf Sie zugelassen?  Nein  Ja
- 
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

Wenn Sie die Frage 11a) oder 11b) mit „Ja“ beantwortet haben, beachten Sie bitte die Nicht-rauchererklärung auf Seite 7!

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

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 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!**

## Erklärung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten

### I. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Gesundheitsdaten

#### I.1 bei Vertragsabschluss

Der Antragsteller (sofern dieser nicht auch die zu versichernde Person ist, auch diese) stimmen zu, dass der Versicherer 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.

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 erforderliche medizinische 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).

#### I.2 im Versicherungsfall

Der Antragsteller und/oder die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer 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.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes 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 Behandlungsentlassung 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).

Im Fall einer solchen Datenermittlung werden der Antragsteller und die zu versichernde Person 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11a VersVG bestehen für den Antragsteller und die zu versichernde Person auch die Möglichkeit, der Datenermittlung, jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Antragsteller und die zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen. **Der Antragsteller und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Antragsteller, Bezugsberechtigten oder der zu versichernden Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.**

Der Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

### 2. Entbindung von der Schweigepflicht

Der Antragsteller und die zu versichernde Person entbinden die im Punkt 1 genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung gemäß Punkt 1.

**Diese Zustimmungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Der Versicherer kann bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Antragsprüfung nicht vornehmen. Ein Widerruf kann daher zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.**

## Nichtrauchererklärung

Die zu versichernde Person ist Nichtraucher und hat in dem in der Gesundheitserklärung (Frage 11a bzw. 11b auf Seite 6) angegebenen Zeitraum vor Antragstellung nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen und beabsichtigt, dies in Zukunft nicht zu tun. Wird die zu versichernde Person nach Antragstellung Raucher, stellt dies eine Gefahrerhöhung dar. Die Folgen dieser Gefahrerhöhung (Beitragserhöhung oder Herabsetzung der Versicherungssumme) kann ich Abschnitt B - Einstufung nach dem Rauchverhalten - der Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung entnehmen. Mir ist bewusst, dass ich und die zu versichernde Person verpflichtet sind, eine Änderung des Nichtraucherstatus unverzüglich der EUROPA Lebensversicherung AG in geschriebener Form mitzuteilen.

Wichtige Erklärung bei Beantragung der Risikoversicherung für Nichtraucher

## Besondere Vereinbarung: Fristenverzicht bei Absicherung von Bankdarlehen<sup>®</sup>

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.

- ☉ 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.

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!



## Einwilligungen und Hinweise zum Datenschutz

- Ich stimme der Erklärung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten zu.
- Ich gebe die Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung ab (Seite 10 bzw. 11).
  1. Weitergabe Ihrer der Schweigepflicht unterliegenden Informationen an Stellen außerhalb der EUROPA Lebensversicherung AG
  2. Datenübermittlung an Auskunfteien und Einwilligung in die Bonitätsprüfung
  3. Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit
- Ich habe die Datenschutzhinweise erhalten.

<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

## 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:

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

**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!**

## 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

<input type="text"/>
IVI-Nr. (s. Seite 1 der IVI)
<input type="text"/>
Stand: AVI

<input type="text"/>	✘	<input type="text"/>
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 München, 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.

### 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 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 1. 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

- Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Für die Antworten erkläre ich mich auch dann voll verantwortlich, wenn diese von einer anderen Person geschrieben wurden. Jede bis zur Annahme des Antrags noch eintretende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der zu versichernden Person werde ich unverzüglich dem Versicherer in geschriebener Form anzeigen. Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten oder die Leistung verweigern kann.
- Die „Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person“ (Seite 10) und die „Informationen zum Datenschutz“ (Seite 11) habe ich gelesen. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Mit meiner Unterschrift bestimme ich, dass sie Inhalt dieses Antrags sind. Ich bestätige, dass ich am Vertrag beteiligte Personen zu den Datenschutzhinweisen informiere. Über meine Rücktrittsrechte bin ich informiert.

<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!  
**+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!**

## Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person

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

### Vertragsgrundlagen

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

### Weitere Erklärungen

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

### 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.

## Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

Zur Bearbeitung Ihres Antrags und zur Durchführung des Versicherungsvertrags müssen wir, die EUROPA Lebensversicherung AG, auch 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 erheben oder an einbezogene Dritte, z.B. Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen. So unterliegt z. B. der Schweigepflicht, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht.

### 1. Weitergabe Ihrer der Schweigepflicht unterliegenden 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 Auftragsverarbeiter. In den nachfolgenden Fällen ist eine Einwilligung bzw. eine Schweigepflichtentbindung erforderlich.

#### 1.1 Übertragung von Aufgaben auf Dienstleister

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

Für die Verarbeitung Ihrer Daten durch einige Dienstleister benötigen wir Ihre Einwilligung. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über diese Dienstleister und Kategorien von Dienstleistern, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste finden Sie im Internet unter [www.europa.de/datenschutz](http://www.europa.de/datenschutz). Für die Weitergabe Ihrer Daten 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 Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Dienstleister übermittelt und dass die Daten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die EUROPA Lebensversicherung AG dies tun dürfte.

#### 1.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

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

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z. B. Statistik, wissenschaftliche Forschung) verarbeitet. Über die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Rückversicherungen werden Sie von uns unterrichtet.

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

#### 1.3. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Ihre Daten 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 Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Versicherungsvermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Versicherungsvertreters kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Versicherungsvertreter kommen. 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 Ihrer Daten an Dienstleistungsgesellschaften, die vom Versicherungsmakler für die Entgegennahme von Daten beauftragt sind.

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

## Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

Im Laufe eines Versicherungsvertrags kann es vorkommen, dass ein selbstständiger Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt oder erweitert hat (sog. Abschlussvermittler), und diesen auch betreut hat, Ihren Versicherungsvertrag nicht weiter betreut (z.B. aufgrund der Beendigung des Vermittlervertrags mit uns oder aufgrund unserer oder Ihrer Entscheidung, dass ein anderer Versicherungsvermittler Ihren Vertrag betreuen soll).

In einem solchen Fall kann es dazu kommen, dass diesen Abschlussvermittlern auch nach Ende ihrer Betreuung Ihres Vertrags noch Daten über Veränderungen des Vertrags, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung oder die Beitragsfreistellung des Vertrags übermittelt werden. Dies ist erforderlich, um unsere vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem jeweiligen Abschlussvermittler zu erfüllen.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG an Abschlussvermittler auch nach Ende ihrer Betreuung meines Vertrags noch Daten über Veränderungen des Vertrags, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung oder die Beitragsfreistellung des Vertrags übermittelt, und diese dort erhoben und gespeichert werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

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

Im Zusammenhang mit der Antragstellung wird zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos eine Bonitätsauskunft eingeholt.

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.

### 3. Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Ihre Einwilligung der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrags in der Regel nicht möglich sein wird.

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.

## Informationen zum Datenschutz

### Datenschutzhinweise

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

### Datenschutzhinweise bei abweichendem Beitragszahler

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

## Umfang der ärztlichen Untersuchung in Abhängigkeit vom beantragten Versicherungsschutz

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

Ziffer	Versicherungsschutz	Umfang der ärztlichen Untersuchung
1	Über 400.000 Euro Todesfall-Leistung	Untersuchung auf üblichem Attestformular (Ärztliches Zeugnis) mit den dort angegebenen Laborwerten inklusive HIV-Test durch einen praktischen Arzt oder Facharzt für innere Medizin.
2	Über 1.000.000 Euro Todesfall-Leistung	Untersuchung auf üblichem Attestformular (Ärztliches Zeugnis) mit den angegebenen Laborwerten inklusive HIV-Test durch einen Facharzt für Innere Medizin und zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"><li>■ Echocardiographie (2D Echo)</li><li>■ abdominelle Sonographie</li><li>■ kleine Lungenfunktionsprüfung</li><li>■ Zusatzlaborwerte (jeweils mit Angabe des Labor-Normbereiches):<ul style="list-style-type: none"><li>– Bilirubin,</li><li>– Harnstoff,</li><li>– GOT,</li><li>– Quick</li></ul></li></ul>
3	<b>Nur bei beantragtem Fristenverzicht:</b> Über 200.000 Euro Todesfall-Leistung	Untersuchung auf üblichem Attestformular (Ärztliches Zeugnis) mit den dort angegebenen Laborwerten inkl. HIV-Test durch einen praktischen Arzt oder Facharzt für innere Medizin.

Bei den Summengrenzen sind die bei der EUROPA Lebensversicherung AG bestehenden Vorversicherungen, welche innerhalb der letzten 5 Jahre abgeschlossen wurden, zu berücksichtigen.

## Risikoträger

### EUROPA Lebensversicherung AG

Piusstraße 137  
D-50931 Köln

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

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