

# Antrag

## EUROPA Variable Risikolebensversicherung (easy)

Stand: 01.05.2024

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

### LIEBE KUNDIN/LIEBER KUNDE,

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

- die Risikolebensversicherung der Absicherung eines Darlehens für den Bau, Neuerwerb oder die Modernisierung einer selbstgenutzten Wohnimmobilie, Finanzierung für vermietete und/oder geschäftlich genutzte Immobilien, Praxisfinanzierung (für niedergelassene Ärzte), Finanzierung einer Immobilie für nahe Angehörige (I. Grades) bzw. Finanzierung einer selbstgenutzten Ferienimmobilie im Inland (ohne überwiegende Vermietung an Externe) dient,
- der Darlehensnehmer die zu versichernde Person ist,
- das Darlehen nur einmal abgesichert wird,
- die Versicherungssumme maximal der Höhe des Darlehens entspricht und maximal 800.000 EUR
- inklusive Vorversicherungen und weiterer für das gleiche Darlehen beantragter Versicherungen bei der EUROPA Lebensversicherung AG beträgt,
- der Darlehensvertrag innerhalb der letzten 24 Monate vor Antragstellung geschlossen wurde oder der Abschluss des Darlehensvertrages unmittelbar bevorsteht,
- das Eintrittsalter der zu versichernden Person maximal 50 Jahre beträgt,
- der BMI (Body Mass Index) der zu versichernden Person max. 30 beträgt,
- die Gesundheitsfragen 2. und 3. wahrheitsgemäß mit „nein“ beantwortet werden können.

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

### VORLÄUFIGE VERSICHERUNGS-ZUSAGE

Mit diesem Dokument gewähren wir aufgrund des gestellten Antrags bei Unfalltod vorläufigen Versicherungsschutz gemäß den Besonderen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Risikoversicherung. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem auf den Eingang Ihres Antrags folgenden Tag, frühestens jedoch zwei Monate vor dem beantragten Versicherungsbeginn.

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

EUROPA Lebensversicherung AG



Dr. Helmich



Dr. Hofmeier

# Persönlicher Antrag für Ihre EUROPA Variable Risikolebensversicherung (easy)

**EUROPA**  
VERSICHERUNG PUR.

## Tarif E-VRL

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

Neuantrag  Änderungsantrag zu Versicherungs-Nr.

VEP-Nr.:

VEP-Name:

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

## Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Anrede:  Herr  Frau  Firma

Vorname und Name (ggf. Geburtsname):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Arbeitgeber / Dienststelle:

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:

Ort:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Arbeitgeber / Dienststelle:

Berufsstatus:  Selbstständiger  Angestellter  Öffentlicher Dienst/Beamter  Sonstiges

Beruf (zurzeit ausgeübt) / Branche bzw. Studienrichtung:

Telefon\*:

E-Mail-Adresse\*:

**Hinweis:**

Die zu versichernde Person muss Darlehensnehmer sein.

**Hinweis:**

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

**Fragen? Anrufen!**  
**0221 5737-300**

Mo - Fr 7 - 20 Uhr

**Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!**

## Vertragslaufzeit und Leistung

Versicherungsbeginn:

Eintrittsalter:  Jahre

Versicherungsdauer:  Jahre  Monate

Beitragszahlungsdauer:  Jahre  Monate

Versicherungssumme im ersten Versicherungsjahr:  Euro

Versicherungssumme fällt in den folgenden Jahren:  linear  individuell  annuitätisch

bei annuitätischem Versicherungsverlauf:  Kreditzins  Tilgungsrate

Darlehenshöhe:  Euro

Ist vorgesehen, dass die Versicherungssumme ganz oder teilweise bestimmungsgemäß zur Absicherung eines Darlehens-, Kredit-, Leasing- oder eines sonstigen Stundungs- bzw. Zahlungsaufschubvertrags eines Verbrauchers abgetreten werden soll?  Nein  Ja

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

## Beiträge und Zahlweise

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

Zahlungsweise:  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

Zahlbeitrag<sup>①</sup> (Tarifbeitrag):

Mehrbeitrag Gewicht:

Mehrbeitrag Zweirad/Quad/Trikefahrer:

**Gesamter Zahlbeitrag<sup>①</sup> (Tarifbeitrag):**

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

## Legitimationsprüfung (Geldwäschegesetz)

**Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten**  
Handeln Sie auf eigene Veranlassung?

Ja, der Abschluss des Versicherungsvertrages und alle damit verbundene Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung als Antragsteller. Ich wurde hierzu nicht von einem Dritten beauftragt.

Nein, der Abschluss des Versicherungsvertrages und/oder die damit verbundene Transaktionen erfolgen auf fremde Veranlassung, bzw. auf Veranlassung von:

Vorname und Name:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:  Ort:

Geburtsdatum:  Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Bei weiteren Personen oder juristischen Personen ist ggf. ein Zusatzformular erforderlich.

Die Identität des Versicherungsnehmers wurde in dessen Anwesenheit durch den Vermittler persönlich anhand eines im Original vorliegenden gültigen Ausweisdokuments festgestellt.

## Bezugsberechtigung und Rechtsnachfolge

**Bezugsberechtigung:**  
Bezugsberechtigt für den **Todesfall** der versicherten Person<sup>②</sup>

Anrede:  Herr  Frau Geburtsdatum:

Vorname und Name:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:  Ort:

Bezugsberechtigt für den **Erlebensfall** der versicherten Person 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.

② falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer oder seine Erben

Bitte **immer namentlich** nennen.

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

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!

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

# Risiko- und Gesundheitsfragen zu Ihrer Risikolebensversicherung

E-VRL (easy)

Vorname und Name (Antragsteller):

Vorname und Name (zu versichernde Person):

## Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person

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

**Bitte beachten Sie:** Ein ärztliches Attest oder ärztliches Zeugnis ersetzt nicht die Beantwortung dieser Fragen. Bitte beantworten Sie die Fragen auch, wenn Sie bei unserem Unternehmen oder einem anderen Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit bereits versichert sind. Achten Sie auch darauf, dass eventuelle Korrekturen von der versicherten Person in jedem Einzelfall abgezeichnet sein müssen.

1. Größe  cm | Gewicht  kg

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

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

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

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

*Nicht relevant sind Verhütungsmittel, Allergiemedikamente, Schilddrüsenmedikamente, Nahrungsergänzungsmittel.*

Bitte gut durchlesen und beachten!

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

Fragen? Anrufen!  
**0221 5737-300**

Mo - Fr 7 - 20 Uhr

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!

## Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person

4. 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
5. Fahren Sie ein motorisiertes Zweirad, Trike oder Quad (als Fahrer, Beifahrer, Saisonfahrer) mit einer bauartbedingten Höchstgeschwindigkeit von über 45 km/h?  Nein  Ja
6. Sind Sie privat oder beruflich erhöhten Gefahren ausgesetzt, wie z.B.:
- Tauchen (Nicht relevant sind: Schnorcheln, Tauchen ≤ 40m Tiefe ohne Sondertauchgänge (wie z.B. Strömungs- oder Nachttauchen))
  - Klettern / Bergsteigen (Nicht relevant sind: Bergwandern, Indoor-Klettern)
  - Flugrisiko / Drachenfliegen / Fallschirmspringen
  - Motor(boot)sport
  - geplante Auslandsaufenthalte außerhalb der EU von mehr als 6 Wochen
  - Kampfsport (Nicht relevant sind: Judo, Karate, Ringen, Boxen / Kickboxen ohne Wettkampf)
  - Pferdesport (Nicht relevant sind: Freizeitreiten, Dressurreiten, Springreiten, Voltigieren)
  - Umgang mit Sprengstoff oder Waffen
  - Aufenthalt in Krisengebieten
- Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Wenn Sie die Frage 4a) oder 4b) mit „Ja“ beantwortet haben, beachten Sie bitte die Nicht-rauchenerklärung auf dieser Seite!

### 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.

## Zielmarkt (Bestätigung des Vermittlers)

Der Verkauf des Versicherungsproduktes erfolgt innerhalb des Zielmarktes.

**Abweichend:** Der Verkauf erfolgt nicht innerhalb des Zielmarktes und die Begründung ist auf einem Zusatzblatt beigefügt.

## Nichtrauchererklärung

Die zu versichernde Person ist Nichtraucher und hat in dem in der Gesundheitserklärung (Frage 4a bzw. 4b auf dieser Seite) 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 Textform mitzuteilen.

Wichtige Erklärung bei Beantragung der Risikoversicherung für Nichtraucher

## Erklärung zur Finanzierung und Besondere Vereinbarung

- Die beantragte Risikolebensversicherung dient der zu versichernden Person zur Absicherung eines Darlehens für den Bau, Neuerwerb oder die Modernisierung zwecks:
  - Finanzierung einer selbstgenutzten Wohnimmobilie
  - Finanzierung für vermietete und/oder geschäftlich genutzte Immobilien
  - Praxisfinanzierung (für niedergelassene Ärzte)
  - Finanzierung einer Immobilie für nahe Angehörige (I. Grades)
  - Finanzierung einer selbstgenutzten Ferienimmobilie im Inland (ohne überwiegende Vermietung an Externe)
- Darlehensnehmer ist die zu versichernde Person.
- Das Darlehen wird nur einmal abgesichert.
- Die Versicherungssumme entspricht maximal der Höhe des Darlehens und beträgt maximal 800.000 EUR inklusive Vorversicherungen und weiterer für das gleiche Darlehen beantragter Versicherungen bei der EUROPA Lebensversicherung AG.
- Der Darlehensvertrag wurde innerhalb der letzten 24 Monate vor Antragstellung geschlossen oder der Abschluss steht unmittelbar bevor.

Fragen? Anrufen!  
**0221 5737-300**

Mo-Fr 7-20 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, z.B. Rückversicherer, 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 Risiko- und/oder Leistungsprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden.

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten und anderen der Schweigepflicht unterliegenden Informationen bei Dritten

#### 2.1. Abfrage bei Dritten zur Risiko- und Leistungsprüfung

Für die Risikoprüfung kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Solche Stellen können z.B. Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime, Pflegepersonen, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Personenversicherer und Behörden sein. Außerdem kann es zur Leistungsprüfung erforderlich sein, dass wir durch Anfragen bei diesen Stellen die Angaben über Ihre Gesundheit prüfen, die Sie machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Gutachten oder Mitteilungen eines Arztes) ergeben. Dazu müssen wir zunächst diese Stellen die für die Anfrage notwendigen Informationen mitteilen, z.B. dass ein Versicherungsvertrag mit Ihnen besteht und dass wir eine Auskunft zu einer Erkrankung benötigen.

Diese Anfrage und Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere der Schweigepflicht unterliegende Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bei Nichtabgabe der Erklärung kann die Risiko- und Leistungsprüfung nur erfolgen, wenn Sie die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

#### Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG – soweit es für die Risikoprüfung oder für die Leistungsprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen, sonstigen Angehörigen eines Heilberufs sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verarbeitet.

Ich befreie die genannten Stellen und die für sie tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten und andere der Schweigepflichtentbindung unterliegenden Informationen aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die EUROPA Lebensversicherung AG übermittelt werden.

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

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen. Dann werde ich auch darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst vorlegen kann.

#### Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die EUROPA Lebensversicherung AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- der Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die EUROPA Lebensversicherung AG zustimme, die genannten Stellen und die für sie tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die EUROPA Lebensversicherung AG einwillige

- oder die erforderlichen Unterlagen selbst vorlege.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer verzögerten Bearbeitung meines Anliegens führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf 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.

#### 2.2. 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 Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes stimme ich der Erhebung meiner Gesundheitsdaten und anderer der Schweigepflicht unterliegenden Informationen bei anderen Stellen wie oben unter Ziffer 2.1. (Möglichkeit I Absätze 1 bis 3) beschrieben zu. Dies gilt für die Leistungsprüfung bzw. eine erforderliche erneute Antragsprüfung.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden Möglichkeiten und kreuzen Sie diese an.

Bitte ankreuzen!

Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!



## Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

### 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](http://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 Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag dem Rückversicherer 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 der Rückversicherer uns aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherer 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 Rückversicherer 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 Rückversicherer weitergegeben werden.

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

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z.B. Statistik, wissenschaftliche Forschung) verarbeitet. Ohne die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden Sie von uns unterrichtet.

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

#### 3.3. 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.

#### 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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.



## Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

### 3.5. 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 die für die EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

### 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. Verarbeitung von genetischen Daten gemäß Gendiagnostikgesetz

Auch genetische Untersuchungen und Analysen können relevante Informationen über Ihren Gesundheitszustand enthalten. Für den Abschluss eines Versicherungsvertrags verlangen wir keine Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen. Sind genetische Untersuchungen und Analysen bereits vorgenommen worden, kann es in der Risiko- und in der Leistungsprüfung erforderlich sein, dass wir Ergebnisse und Daten solcher Untersuchungen und Analysen verarbeiten.

Eine Verarbeitung kann in den Fällen durchgeführt werden, wenn eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente in der Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Pflegerentenversicherung vereinbart wird. Wir verarbeiten in diesem Zusammenhang Ergebnisse und Daten aus vorgenommenen genetischen Untersuchungen und Analysen zur Risikoprüfung und Leistungsprüfung.

Wurden durch bereits bei Ihnen vorgenommene genetische Untersuchungen oder Analysen Erkrankungen festgestellt, benötigen wir Informationen über diese Erkrankungen ebenfalls, wenn dies zur Risikoprüfung erforderlich ist.

Wir bitten Sie für diese Fälle um Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Ohne die Erteilung Ihrer Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, den Versicherungsvertrag abzuschließen.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG meine genetischen Daten im oben beschriebenen Umfang

- entsprechend Ziffer 1 zur Risikoprüfung sowie zur Begründung dieses Versicherungsvertrags verarbeitet;
- entsprechend meiner unter Ziffer 2.1 und 2.2 getroffenen Auswahl zur Risikobeurteilung und Prüfung der Leistungspflicht bei Dritten abfragt;
- entsprechend Ziffer 3.1 an die in der erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und diese für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die EUROPA Lebensversicherung AG dies tun dürfte;
- entsprechend Ziffer 3.2 an Rückversicherer übermittelt und von diesen zu den genannten Zwecken verarbeitet werden;
- entsprechend Ziffer 4 verarbeitet, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

### 6. Datenübermittlung an Auskunftseien

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 Melderegister-eintrag. Bei falschen Angaben behalten wir uns die Möglichkeit des Rücktritts und der Anfechtung des Vertrags vor.

### 7. 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. Zu den Folgen von Streichungen in den Einwilligungen/Schweigepflichtentbindungen verweisen wir auf die Angaben in den vorstehenden Bausteinen. Wir weisen nochmals klarstellend darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten und ggf. genetischen Daten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrags in der Regel nicht möglich sein wird.**

**Geben Sie uns Ihre Erklärung und Einwilligung im Fall der Ziffern 2.1, 3.1 bis 3.5 und 5 zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, kann dies zu einer Verzögerung der Risikoprüfung führen oder der Abschluss des Versicherungsvertrags ist nicht möglich. 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.

Fragen? Anrufen!

0221 5737-300

Mo - Fr 7-20 Uhr

Diese Seite bitte an uns zurücksenden!

## SEPA-Lastschriftmandat

Das nachfolgende Mandat wird als sogenanntes „Rahmenmandat“ vereinbart. Dadurch können fällige Beiträge, die sich gegebenenfalls aus weiteren Verträgen mit verschiedenen Versicherern des Continentale Versicherungsverbandes ergeben, in einer Summe abgebucht werden (bitte das Mandat ausfüllen und unterschreiben). Sofern Sie der Continentale Krankenversicherung a.G. bereits ein Rahmenmandat erteilt haben, werden wir dieses auch für die Einziehung der fälligen Beiträge aus diesem Vertrag nutzen.

Wenn Sie kein Rahmenmandat erteilen oder einer Einbeziehung dieses Vertrages in ein bereits bestehendes Rahmenmandat nicht zustimmen wollen, sondern stattdessen ein Einzelmandat wünschen, kreuzen Sie bitte das nachfolgende Feld an (bitte das Mandat ausfüllen und unterschreiben):

Aus organisatorischen Gründen werden alle Lastschriften des Continentale Versicherungsverbandes durch die Continentale Krankenversicherung a.G. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ0000053646) durchgeführt und mit „Continentale/Europa Verbund“ auf Ihrem Kontoauszug ausgewiesen. Hierbei handelt die Continentale Krankenversicherung a.G. im Auftrag der anderen Versicherer des Continentale Versicherungsverbandes.

**Continentale Krankenversicherung a.G. • Ruhrallee 92 • 44139 Dortmund**  
**Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271      Gläubiger-Identifikationsnr. DE95ZZZ0000053646**

Mandatsreferenznummer - wird separat mitgeteilt.

Kontoinhaber (Vorname, Name bzw. Firma):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl:  Ort:

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige die Continentale Krankenversicherung a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Continentale Krankenversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass ich rechtzeitig, mindestens jedoch einen Tag vor Belastung meines Kontos, bei jedem ersten Abruf sowie bei Änderungen von Betrag und/oder Abbuchungstermin über den bevorstehenden SEPA-Lastschrifteinzug unter Nennung des abzubuchenden Betrages informiert werde.

Name und Ort des Kreditinstituts:

IBAN:

Datum

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

## Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich folgende Unterlagen erhalten habe:

- Allgemeine Vertragsinformationen Tarife E-RL, E-RLP, E-VRL (AVI)
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten - Variable Risikolebensversicherung - Tarif E-VRL
- Individuelle Vertragsinformationen (IV) unter Berücksichtigung der individuellen Angaben in diesem Antrag, mit der Widerrufsbelehrung
- „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“

Stand: AVI

Datum

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

### Hinweis:

- Bitte tragen Sie hier den Stand (s. Titelblatt) der beigefügten Allgemeinen Vertragsinformationen ein.
- Die Allgemeinen Vertragsinformationen enthalten unter anderem die Versicherungsbedingungen, allgemeine Hinweise zu den Steuerregelungen und die Datenschutzhinweise.

## Schlussklärung und Unterschriften

Meine Angaben in diesem Antrag sind vollständig und richtig. Die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 10 habe ich zur Kenntnis genommen. 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.

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

Datum

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

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person ab Alter 16  
und/oder der gesetzlichen Vertreter, z.B. bei Minderjährigen

Datum

Unterschrift des Vermittlers

Fragen? Anrufen!  
**0221 5737-300**

Mo - Fr 7 - 20 Uhr

**Diese Seite bitte vollständig ausgefüllt an uns zurücksenden!**

Die nachfolgenden Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen. 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 die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind uns gegenüber unverzüglich und unmittelbar schriftlich nachzuholen.

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 Textform fragen, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform 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**

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- 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. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Bei einer Risikoversicherung wird kein Auszahlungsbetrag fällig.

#### **2. Kündigung**

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann der Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat gekündigt werden. Bei einer Lebensversicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag im Falle der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

#### **3. Vertragsanpassung und Wegfall des Versicherungsschutzes**

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil, können also für bereits eingetretene Versicherungsfälle zum Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, verzichten wir auf das Recht zur Vertragsanpassung.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsanpassung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in einer Mitteilung hinweisen.

#### **4. Ausübung der Rechte**

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt haben. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir die Erklärung stützen. Zur Begründung können nachträglich weitere Umstände angegeben werden, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung können wir uns nicht berufen, wenn der nicht angezeigte Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige bekannt war.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

#### **5. Stellvertretung durch eine andere Person**

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsanpassung 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 vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

## Weitere Informationen

### 1. Vertragsgrundlagen

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

### 2. Genetische Untersuchungen und Analysen – Durchführung und Verwendung prädiktiver Gentests

Die EUROPA Lebensversicherung AG darf nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) 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, es sei denn, es wird eine Versicherungsleistung von mehr als 300.000 Euro als Kapitalauszahlung oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart.

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

### 3. Antragsbindungsfrist

Die Antragsbindungsfrist beträgt sechs Wochen. Sie beginnt mit dem Tag, an dem Sie den Antrag unterschreiben. Endet diese Frist, ohne dass wir Ihren Antrag angenommen haben, sind Sie nicht mehr an diesen gebunden. Daneben bleibt es Ihnen unbenommen, Ihre Vertragserklärung zu widerrufen. Die Widerrufsbelehrung mit Ihrem Widerrufsrecht finden Sie in den Allgemeinen Vertragsinformationen.

### 4. Antragskopie

Eine Kopie dieses Antrags erhalten Sie sofort nach der Unterzeichnung des Antrags.

## Voraussetzungen für die Antragstellung

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

- die Risikolebensversicherung der Absicherung eines Darlehens für den Bau, Neuerwerb oder die Modernisierung
  - einer selbstgenutzten Wohnimmobilie
  - einer Finanzierung für vermietete und/oder geschäftlich genutzte Immobilien
  - einer Praxisfinanzierung (für niedergelassene Ärzte)
  - der Finanzierung einer Immobilie für nahe Angehörige (I. Grades)
  - der Finanzierung einer selbstgenutzten Ferienimmobilie im Inland (ohne überwiegende Vermietung an Externe) dient,
- der Darlehensnehmer die zu versichernde Person ist,
- das Darlehen nur einmal abgesichert wird,
- die Versicherungssumme maximal der Höhe des Darlehens entspricht und maximal 800.000 EUR inklusive Vorversicherungen und weiterer für das gleiche Darlehen beantragter Versicherungen bei der EUROPA Lebensversicherung AG beträgt,
- der Darlehensvertrag innerhalb der letzten 24 Monate vor Antragstellung geschlossen wurde oder der Abschluss des Darlehensvertrages unmittelbar bevorsteht,
- das Eintrittsalter der zu versichernden Person maximal 50 Jahre beträgt,
- der BMI (Body Mass Index) der zu versichernden Person max. 30 beträgt,
- die Gesundheitsfragen 2. und 3. wahrheitsgemäß mit „nein“ beantwortet werden können.

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

## 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