

# Antrag auf Risikolebensversicherung

## DELA *aktiv* Leben (Tarif 1.0)

Vertriebspartner-Nr.:

Versicherungsschutz:  DELA *aktiv* Leben  DELA *aktiv* Leben plus<sup>+</sup>**Versicherungsnehmer (VN)**Versicherungsnehmer ist zugleich versicherte Person  Ja  Nein

Name, Vorname  Geb.-Datum

PLZ, Ort (Hauptwohnsitz)  EU-Bürger  Ja  Nein

Straße, Haus-Nr.  Staatsangehörigkeit

E-Mail  Telefon

**Versicherte Person (VP)** (nur ausfüllen, falls abweichend vom Versicherungsnehmer)

Name, Vorname  Geb.-Datum

PLZ, Ort (Hauptwohnsitz)  EU-Bürger  Ja  Nein

Straße, Haus-Nr.  Staatsangehörigkeit

E-Mail  Telefon

**Fragen zum Versicherungsbedarf der versicherten Person**

Versicherungssumme  Euro Vertragsdauer  Jahre

Versicherungsbeginn  gleichbleibend  betragsmäßig fallend  prozentual fallend  Zins  %

**Zusatzoption Sofortzahlung schwere Krankheit**  **Zusatzoption Sofortzahlung Pflege** Tilgung  %

Zahlweise  monatlich  ¼-jährlich  ½-jährlich  jährlich

Zu zahlende Prämie  Euro Abbuchung zum  1. eines Monats  15. eines Monats

Familienstand  Single  verheiratet oder zusammenlebend

Nichtraucher seit 10 Jahren  Nichtraucher seit 12 Monaten  Raucher

Als Nichtraucher gelten Personen, die in den letzten 12 Monaten vor Vertragsschluss keine nikotinhaltigen Produkte konsumiert haben. Dazu gehören auch E-Zigaretten, Wasserpipe ebenso wie Nikotinplaster oder -Kaugummi/-Tabletten.

**Derzeitige Berufstätigkeit****Erwerbsstatus**

Selbständige(r)/Freiberufler(in)  Beamte(r)  Angestellte(r)  Arbeiter(in)  arbeitslos/arbeitssuchend  Student(in)

Hausfrau/-mann / Elternzeit  Schüler(in)  Auszubildende(r)  Sonstiges

Sind Sie in Ihrem Beruf besonderen Gefahren (z. B. bei Einsätzen der Bundeswehr, Polizei, als Sprengstoffexperte oder Berufstauscher) ausgesetzt?  Ja  Nein

Üben Sie eine der folgenden Sportarten aus?  Bergsteigen (nicht gemeint: Bergwandern)  Motorrennsport (Auto, Motorrad, Motorboot)

Tauchen mit Atemgerät (nicht gemeint: Schnorcheln)  Flugsport  Extremsport (z. B. Rooftopping, BASE jumping)

Bestehen bereits Versicherungen auf Ihr Leben mit einer Todesfallsumme von insgesamt mindestens 100.000 € oder sind welche beantragt?  Ja  Nein

Höhe der Versicherungssumme 

Kündigen Sie diese bestehende Versicherung bei Annahme dieses Antrags oder läuft die Versicherung innerhalb der nächsten 6 Monate ab?  Ja  Nein

Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge auf Lebensversicherungen abgelehnt, zurückgestellt oder mit Zuschlag oder Leistungseinschränkungen angeboten?  Ja  Nein

Ablehnung  Zurückstellung  Zuschlag  Leistungseinschränkung

Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU von mehr als 6 Monaten?  Ja  Nein

**Weshalb beantragen Sie diese Versicherung?**  Familienabsicherung  Immobiliendarlehen  Geschäftsdarlehen

Geschäftspartner- und Teilhaberabsicherung  Keyman-Absicherung  Andere Gründe

Ist die Versicherungssumme höher als 400.000 €, geben Sie hier bitte Ihr Bruttojahresgehalt an.  Euro

**Bezugsrecht**

Sollten Sie keine bezugsberechtigte Person benennen, so sind der Versicherungsnehmer bzw. dessen gesetzliche Erben bezugsberechtigt. Wir empfehlen Ihnen, die bezugsberechtigte Person immer namentlich zu benennen.

Name, Vorname

Geb.-Datum

**Gesundheitserklärung der versicherten Person****Versicherte Person**

Größe

cm

Gewicht

kg

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit:**

Versicherte Person

|  |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. Haben Sie in den letzten 12 Monaten regelmäßig verschreibungspflichtige Medikamente verwendet und/oder wurden Ihnen solche verordnet? Unter regelmäßig verstehen wir mind. an 4 Tagen einer Woche. Medikamente sind: Salben, Sprays und/oder Tabletten (Nicht anzugeben sind Medikamente für: akute Erkältungen, Verhütung, grippale Infekte, Nasennebenhöhlenentzündung, Schilddrüsenunterfunktion). | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 2. Waren Sie in den letzten 12 Monaten ununterbrochen mehr als 2 Wochen krank und/oder arbeitsunfähig (Nicht anzugeben sind: akute Erkältungen, grippaler Infekt, unfallbedingte Muskel-, Band- und Sehnenverletzungen)?   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 3. Waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen der gleichen Erkrankung in einem Jahr mehr als viermal in Beratung/Behandlung/Untersuchung bei Ärzten, Therapeuten und/oder medizinischen Einrichtungen?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4. Wurden in den letzten 5 Jahren im Rahmen von medizinischen Untersuchungen behandlungs-/kontrollbedürftige Befunde festgestellt oder stehen noch Befunde von bereits durchgeführten Untersuchungen aus (Nicht anzugeben sind Befunde für: akute Erkältungen, grippale Infekte, Nasennebenhöhlenentzündung, Schilddrüsenunterfunktion, Muskel-, Band- und Sehnenverletzungen)?                          | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren chronische (dauerhafte) Erkrankungen und/oder Infektionen?<br>• Dauerhafte Erkrankungen wie z. B. Diabetes mellitus, Morbus Crohn, Rheuma.<br>• Infektionen wie z. B. HIV, Hepatitis B oder C, SARS-COV-2.  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| 6. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationsklinik, einer Entzugsklinik oder anderen Einrichtungen der medizinischen Versorgung stationär untersucht, beraten und/oder behandelt (Nicht anzugeben sind: Schwangerschaften, unfallbedingte Muskel-, Band- und Sehnenverletzungen)?  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

Sofern Sie mindestens eine Frage mit JA beantworten, fügen Sie bitte den Zusatzfragebogen Gesundheit bei.



Ort, Datum Unterschrift versicherte Person

**Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten – Entbindung von der Schweigepflicht**

- Um eine zügige Antragsbearbeitung zu ermöglichen, willige ich hiermit in die Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten ein, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versicherten Risikos oder der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist.
- In diesem Umfang entbinde ich hiermit alle mich behandelnden Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, andere Personenversicherer und Gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht.
- Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt über meinen Tod hinaus. Der Versicherer darf folglich auch Ärzte, die die Todesursache feststellen, und Ärzte, die mich in den letzten 2 Jahren vor meinem Tod untersucht oder behandelt haben, sowie alle Behörden (mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern) über die Todesursachen und die Krankheiten, die zum Tod geführt haben, befragen.
- Vor der Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bin ich hierüber zu unterrichten. Ich kann der Erhebung der Gesundheitsdaten widersprechen. Darüber hinaus kann ich jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn von mir jeweils in die einzelne Datenerhebung eingewilligt worden ist.
- Um eine ordnungsgemäße Leistungsfallbearbeitung oder auch telefonische Kundenbetreuung zu gewährleisten, entbinde ich, soweit erforderlich, die Mitarbeiter der DELA-Gruppe oder einer anderen von ihr beauftragten Stelle im Hinblick auf die Weitergabe der von der Schweigepflicht geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.
- Um die Erfüllung meiner Ansprüche abzusichern, ist es erforderlich, Verträge mit Rückversicherern abzuschließen. Um den Rückversicherer die Risiko- oder Leistungsprüfung zu ermöglichen, ist die Weitergabe personenbezogener Daten für diesen Zweck erforderlich. Insoweit entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die von der Schweigepflicht geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.
- Von der Schweigepflicht geschützte Informationen können selbständigen Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gelangen, damit der Vermittler mich angemessen beraten und betreuen kann. Das gilt auch bei einem Wechsel des Vermittlers. Deshalb willige ich ein, dass der Versicherer meine von der Schweigepflicht geschützten Vertragsinformationen im erforderlichen Umfang an selbständige Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

**Einwilligung nach der EU Datenschutzgrundverordnung**

- Ich willige darin ein, dass Antrags-, Gesundheits- und Leistungsdaten von den Unternehmen der DELA Lebensversicherung N.V. erhoben und in gemeinsamen Datensammlungen genutzt werden.
- Ferner willige ich darin ein, dass diese Daten an den für mich zuständigen Versicherungsvermittler übermittelt werden, sofern der Vermittler diese Daten zur weiteren Betreuung und Beratung benötigt.
- Darüber hinaus willige ich – bis auf Widerruf – darin ein, dass der Versicherer diese Daten (z.B. Prämien, Versicherungsfälle, Risiko-, Vertragsänderungen, Gesundheitsdaten) an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos oder zu der Frage, ob sie sich an dem Risiko beteiligen wollen, übermittelt.
- Schließlich willige ich darin ein, dass diese Daten an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) gemeldet werden. Ich möchte auf diese Weise dazu beitragen, dass Auffälligkeiten, die auf einen Versicherungsbetrug hinweisen könnten, angemessen nachgegangen werden kann. Diese Einwilligung erteile ich auch für den Fall, dass der Vertrag nicht zustande kommt, und zwar für einen Zeitraum von 3 Jahren nach Antragstellung.



Ort, Datum, Unterschrift Versicherungsnehmer



Ort, Datum, Unterschrift versicherte Person

