

# Antrag auf Risikolebensversicherung

## DELA *aktiv* Leben (Tarif 1.0)

Vertriebspartner-Nr.:

Versicherungsschutz:

DELA *aktiv* LebenDELA *aktiv* Leben plus<sup>+</sup>**Versicherungsnehmer (VN)**

Versicherungsnehmer ist zugleich versicherte Person

Ja

Nein

Anrede Herr Frau

Name, Vorname

Geb.-Datum

PLZ, Ort (Hauptwohnsitz)

EU-Bürger

Ja

Nein

Straße, Haus-Nr.

Staatsangehörigkeit

E-Mail

Telefon

**Versicherte Person 1 (VP)** (nur ausfüllen, falls abweichend vom Versicherungsnehmer)

Anrede Herr Frau

Name, Vorname

Geb.-Datum

PLZ, Ort (Hauptwohnsitz)

EU-Bürger

Ja

Nein

Straße, Haus-Nr.

Staatsangehörigkeit

E-Mail

Telefon

**Fragen zum Versicherungsbedarf der versicherten Person 1**

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

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, Wasserpfeife ebenso wie Nikotinpflaster oder -Kaugummi/-Tabletten.

**Derzeitige Berufstätigkeit**

mind. 75% Bürotätigkeit

**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 Berufstaucher) 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 mehr als 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

Immobilendarlehen

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.

Ehepartner	Versicherungsnehmer/seine Erben	Sonstige
eingetragener Lebenspartner	Kinder zu gleichen Anteilen	namentliche Nennung

Bezugsberechtigter ist:

**Versicherte Person 2 (VP)** (nur ausfüllen, falls abweichend vom Versicherungsnehmer)

Anrede	Herr	Frau			
Name, Vorname				Geb.-Datum	
PLZ, Ort (Hauptwohnsitz)				EU-Bürger	
				Ja	Nein
Straße, Haus-Nr.				Staatsangehörigkeit	
E-Mail				Telefon	

**Fragen zum Versicherungsbedarf der versicherten Person 2**

Versicherungssumme	Euro	Vertragsdauer		Jahre
Versicherungsbeginn		gleichbleibend	betragsmäßig fallend	prozentual fallend
				Zins
				Tilgung
				%

**Zusatzoption Sofortzahlung schwere Krankheit****Zusatzoption Sofortzahlung Pflege**

Zahlweise	monatlich	¼-jährlich	½-jährlich	jährlich
-----------	-----------	------------	------------	----------

Zu zahlende Prämie

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, Wasserpeife ebenso wie Nikotinpflaster oder -Kaugummi/-Tabletten.

**Derzeitige Berufstätigkeit**

mind. 75% Bürotätigkeit

**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 Berufstaucher) 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 mehr als 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	Immobilendarlehen	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.

Ehepartner	Versicherungsnehmer/seine Erben	Sonstige
eingetragener Lebenspartner	Kinder zu gleichen Anteilen	

Bezugsberechtigter ist:	Herr	Frau	Geburtstag	
	Herr	Frau		Geburtstag
	Herr	Frau		Geburtstag
	Herr	Frau		Geburtstag

### Gesundheitserklärung der versicherten Personen

Versicherte Person 1 Größe cm Gewicht kg

Versicherte Person 2 Größe cm Gewicht kg

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

	Versicherte Person 1		Versicherte Person 2	
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)	Nein	Ja	Nein	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)	Nein	Ja	Nein	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?	Nein	Ja	Nein	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)	Nein	Ja	Nein	Ja
5. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren chronische (dauerhafte) Erkrankungen und/oder Infektionen? • Dauerhafte Erkrankungen wie z. B. Diabetes mellitus, Morbus Crohn, Rheuma. • Chronische Infektionen wie z. B. HIV, Hepatitis B oder C, SARS-COV-2.	Nein	Ja	Nein	Ja
6. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren oder werden Sie in den nächsten 3 Monaten in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationsklinik, einer Entzugsklinik oder anderen Einrichtungen der medizinischen Versorgung untersucht, beraten und/oder behandelt (Nicht anzugeben sind: Schwangerschaften, unfallbedingte Muskel-, Band- und Sehnenverletzungen)?	Nein	Ja	Nein	Ja

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



Ort, Datum, Unterschrift versicherte Person 1



Ort, Datum Unterschrift versicherte Person 2

### 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 10 Jahren vor Antragstellung untersucht oder behandelt haben, sowie alle Behörden (mit Ausnahme von Rentenversicherungsträgern) 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 selbstständigen 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 selbstständige 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 1



Ort, Datum Unterschrift versicherte Person 2

### Allgemeine Angaben über die für Risikolebensversicherungen geltenden Steuerregelungen

- (1) Beiträge zur Risikolebensversicherung sind von der Versicherungssteuer befreit (§ 4 Nr. 5 VersStG).
- (2) Die Prämien sind als Sonderausgaben im Rahmen der Höchstbeträge (§ 10 Abs. 4 EStG) abzugsfähig.
- (3) Die Leistung aus der Risikolebensversicherung ist einkommenssteuerfrei. Beruht die Leistung auf einer Schenkung des Versicherungsnehmers, so kann Schenkungssteuer anfallen. Bei Erwerb von Todes wegen (z. B. wegen eines Bezugsrechts oder als Teil der Erbschaft) kann Erbschaftssteuer anfallen.

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die DELA Lebensversicherung N.V. bis auf Widerruf zur Einziehung der Beiträge mittels Lastschrift von meinem Konto. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DELA Lebensversicherung N.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name der Bank

IBAN

Bitte nur angeben, wenn der Beitragszahler/Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer ist:

Vorname, Name

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber



(Falls abweichend vom Versicherungsnehmer)

Abbuchung zum

### Legitimationsprüfung/Erklärung des Versicherungsnehmers (Geldwäschegesetz).

Versicherungsnehmer ist  eine natürliche Person  eine juristische Person

Ausweisdaten des Versicherungsnehmers

Ausweis-/Reisepass-Nr.  Ausstellende Behörde

### WAHRHEITSPFLICHT – LEISTUNGSFREIHEIT BEI VERLETZUNG:

1. Wir sind darauf angewiesen, dass Sie uns vor Ihrer Vertragserklärung (Antragsstellung) alle Gefahrumstände, z. B. Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen oder Beschwerden, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzeigen.
2. Wird das Leben anderer Personen versichert, so wird Ihnen das Wissen dieser Personen wie eigenes zugerechnet.
3. Verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie haben die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt. In diesem Fall verzichten wir auf unsere Rechte gemäß §19 VVG den Vertrag zu kündigen oder Vertragsänderungen durchzuführen.
4. Im Fall des Rücktritts sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
5. Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
6. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, so können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
7. Unser Rücktritts-, Kündigungs- oder Vertragsanpassungsrecht erlischt 5 Jahre nach Abschluss des Versicherungsvertrags. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, so beträgt die Frist 10 Jahre.
8. Haben wir Kenntnis von der Verletzung der Anzeigepflicht erlangt, so müssen wir unser Rücktritts-, Kündigungs- oder Vertragsanpassungsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen.
9. Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.

Ich bestätige, dass ich das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, die Vertragsbedingungen, einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes i.V.m. den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung, allgemeine Angaben über die Steuerregelungen, die Einwilligung nach der EU Datenschutzgrundverordnung, die Schweigepflichtsentbindung nach § 213 Versicherungsvertragsgesetzes und die Erklärung zur Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten vor Antragstellung und im Leistungsfall erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Ich bestätige meine Einwilligung zur Schweigepflichtsentbindung. Die Widerrufsfrist beginnt mit Erhalt der Police mit welcher auch die Widerrufsbelehrung zugeht.



Ort, Datum, Unterschrift Versicherungsnehmer



Ort, Datum, Unterschrift versicherte Person 1



Ort, Datum, Unterschrift des Vermittlers

(Die Identifizier-Angaben nach dem GwG habe ich persönlich abgenommen und als zutreffend bestätigt)



Ort, Datum, Unterschrift versicherte Person 2