Antrag auf Risikolebensversicherung
DELA *aktiv* Leben (Tarif 1.0)

DELA füreinander

Vertriebspartner-Nr.: Versicherungsschutz: ☐ **DELA *aktiv* Leben** ☐ **DELA *aktiv* Leben plus**+

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 1 (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 1

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 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, Wasserpfeife ebenso wie Nikotinpflaster 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 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 ☐ Immobiliendarlehen ☐ Geschäftsdarlehen

☐ Geschäftspartner- und Teilhaberabsicherung ☐ Keyman-Absicherung ☐ Andere Gründe

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

DELA füreinander

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

Versicherte Person 2 (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 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 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, Wasserpfeife ebenso wie Nikotinpflaster 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 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 250.000 € 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

DELA füreinander

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. • Infektionen wie z. B. HIV, Hepatitis B oder C, SARS-COV-2.	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ 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)?	☐ Nein ☐ Ja	☐ Nein ☐ Ja

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

X _____ Ort, Datum Unterschrift versicherte Person 1

X _____ Ort, Datum Unterschrift versicherte Person 2

Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten – Entbindung von der Schweigepflicht

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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

1. Ich willige darin ein, dass Antrags-, Gesundheits- und Leistungsdaten von den Unternehmen der DELA Lebensversicherung N.V. erhoben und in gemeinsamen Datensammlungen genutzt werden.
2. 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.
3. 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.
4. 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.

X _____ Ort, Datum, Unterschrift Versicherungsnehmer

X _____ Ort, Datum, Unterschrift versicherte Person 1

X _____ Ort, Datum, Unterschrift versicherte Person 2

DELA füreinander

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. 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 DE

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

Vorname, Name

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber X

(Falls abweichend vom Versicherungsnehmer)

Legitimationsprüfung/Erklärung des Versicherungsnehmers (Geldwäschegesetz)

Versicherungsnehmer ist ☐ eine natürliche Person ☐ eine juristische Person

Ausweisdaten des Versicherungsnehmers ☐ Personalausweis ☐ Reisepass

Ausweis-/Reisepass-Nr.

Ausstellende Behörde

WAHRHEITSPFLICHT – LEISTUNGSFREIHEIT BEI VERLETZUNG:

1. Wir sind darauf angewiesen, dass Sie uns vor Ihrer Vertragserklärung (Antragsstellung) alle Gefahrenumstände, 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 Versicherungsfalls 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-Informationspflichten-verordnung, 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.

X Ort, Datum, Unterschrift Versicherungsnehmer

X Ort, Datum, Unterschrift versicherte Person 1

X Ort, Datum, Unterschrift des Vermittlers

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

X Ort, Datum, Unterschrift versicherte Person 2

Ant.RLV2.1121_Web_bi

© DELA Lebensversicherungen 2020. Alle Rechte vorbehalten. www.dela.de