

Antrag auf Risikolebensversicherung

DELA *aktiv* Leben (Tarif 1.0)

Vertriebspartner-Nr.: **Versicherungsnehmer (VN)**

Versicherungsnehmer ist zugleich versicherte Person

 Ja NeinVorname Geb.-Datum Nachname

EU-Bürger

 Ja NeinPLZ, Ort (Hauptwohnsitz) Staatsangehörigkeit Straße, Haus-Nr. Telefon E-Mail **Versicherte Person (VP)** (nur ausfüllen, falls abweichend vom Versicherungsnehmer)Vorname Geb.-Datum Nachname

EU-Bürger

 Ja NeinPLZ, Ort (Hauptwohnsitz) Staatsangehörigkeit Straße, Haus-Nr. Telefon E-Mail **Fragen zum Versicherungsbedarf der versicherten Person**Versicherungssumme

Euro

Vertragsdauer

Jahre

Versicherungsbeginn gleichbleibend betragsmäßig fallend prozentual fallendZins Zahlweise monatlich ¼-jährlich ½-jährlich jährlichTilgung Zu zahlende Prämie

Euro

Abbuchung zum 1. eines Monats 15. eines MonatsFamilienstand 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/arbeitsuchend 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 NeinHöhe 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 Lebensversicherungen

Zweigniederlassung Deutschland der DELA Natura- en levensverzekeringen N.V., Eindhoven
 Platz der Ideen 2 · 40476 Düsseldorf · Tel. 0211 542686-0 · Fax 0211 542686-99
 Amtsgericht Düsseldorf HRB 82066 · Hauptbevollmächtigte: Edzo Doeve, Walter Capellmann

Hauptniederlassung: DELA Natura- en levensverzekeringen N.V.
 Oude Stadsgracht 1 · 5611 DD Eindhoven · Handelsregister-Nr. 17078393

www.dela.de

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? • Dauerhafte Erkrankungen wie z. B. Diabetes mellitus, Morbus Crohn, Rheuma. • Chronische Infektionen wie z. B. HIV, Hepatitis B oder C.	<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, ergänzen Sie bitte den Zusatzfragebogen.

X

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.

X

Ort, Datum Unterschrift Versicherungsnehmer

X

Ort, Datum Unterschrift versicherte Person

DELA Lebensversicherungen

Zweigniederlassung Deutschland der DELA Natura- en levensverzekeringen N.V. Eindhoven
Platz der Ideen 2 · 40476 Düsseldorf · Tel. 0211 542686-0 · Fax 0211 542686-99
Amtsgericht Düsseldorf HRB 82066 · Hauptbevollmächtigte: Edzo Doeve, Walter Capellmann

Hauptniederlassung: DELA Natura- en levensverzekeringen N.V.
Oude Stadsgracht 1 · 5611 DD Eindhoven · Handelsregister-Nr. 17078393

www.dela.de

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 DE

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

Vorname, Name

Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber
(Falls abweichend vom Versicherungsnehmer)

Legitimationsprüfung/Erklärung des Versicherungsnehmers (Geldwäschegesetz)

Versicherungsnehmer ist eine natürliche Person eine juristische Person (ggf. Zusatzformular erforderlich)

Ausweisdaten des Versicherungsnehmers Personalausweis Reisepass
(nicht erforderlich bei Abruf vom eigenen Konto)

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 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 Produktinformationsblatt, 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 und die Erklärung zur Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten vor Antragstellung erhalten und zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum Unterschrift Versicherungsnehmer

Ort, Datum Unterschrift versicherte Person

Ort, Datum Unterschrift des Vermittlers
(Die Identifizier.-Angaben nach dem GwG habe ich persönlich abgenommen und als zutreffend bestätigt)