Risiko- und Gesundheitsfragen zu Ihrer
Risikolebensversicherung

EUROPA
VERSICHERUNG PUR.

Zum Antrag vom		**Versicherungsnummer**	
Antragsteller		**Zu versichernde Person**	

Risiko- und Gesundheitsfragen (Teil 1)
Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in geschriebener Form gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Bitte beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach §§ 16ff VersVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht".

Bitte beachten Sie:
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 zu versichernden Person in jedem Einzelfall abgezeichnet sein müssen.

Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Antragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne stellen, um dann aktuell eine Antragsentscheidung treffen zu können.

1. **Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße?** **Größe** _____ cm **Gewicht** _____ kg

2. **Fahren Sie ein motorisiertes Zweirad, Trike oder Quad** (als Fahrer, Beifahrer, Saisonfahrer) mit einer bauartbedingten Höchstgeschwindigkeit von über 45 km/h? ☐ ja ☐ nein

3. **Rauchverhalten**

   a) Sind Sie **Nichtraucher**, das heißt, haben Sie **mindestens** in den letzten **12 Monaten** nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen und beabsichtigen Sie auch, dies in Zukunft nicht zu tun? ☐ ja ☐ nein

   b) Wenn Sie die Frage a) mit „ja" beantwortet haben: Sind Sie **Nichtraucher seit mindestens 10 Jahren**? ☐ ja ☐ nein

Als Nichtraucher beachten Sie bitte die nachfolgende wichtige Erklärung.

Nichtrauchererklärung

Die zu versichernde Person ist Nichtraucher und hat in dem unter Rauchverhalten angegebenen Zeitraum (12 Monate bzw. 10 Jahre) 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 geschriebener Form mitzuteilen.

8441 / 04.2025 • Risiko-/Gesundheitsfragen_Österreich

Risiko- und Gesundheitsfragen (Teil 2)
Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in geschriebener Form gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Bitte beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach §§ 16ff VersVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht".

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 zu versichernden Person in jedem Einzelfall abgezeichnet sein müssen.

Um Ihnen die Beantwortung der einzelnen Fragen zu erleichtern, haben wir vielfach in Klammern auch Beispiele für Krankheiten usw. genannt. Es handelt sich dabei nicht um eine abschließende Aufzählung. Angaben zu bereits durchgeführten prädiktiven Gentests brauchen Sie in der Regel nicht zu machen (s. Erläuterung auf Seite 4). Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Antragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne stellen, um dann aktuell eine Antragsentscheidung treffen zu können.

Bei allen mit **„ja"** beantworteten Fragen sind Zusatzangaben auf Seite 4 erforderlich!

4. Sind Sie in den **letzten 5 Jahren** untersucht, beraten oder behandelt worden hinsichtlich

a)	**des Herzens oder des Kreislaufs** (z.B. ärztlich diagnostizierter Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Thrombose, Venenleiden, Durchblutungsstörungen)?	☐ ja	☐ nein
b)	**der Atmungsorgane** (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe)?	☐ ja	☐ nein
c)	**Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse oder Galle** (z.B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre oder -entzündungen, Fettleber oder Leberentzündung/Hepatitis, Veränderungen der Leberwerte)?	☐ ja	☐ nein
d)	**Niere und Harnwege, Prostata, Geschlechtsorgane** (z.B. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin)?	☐ ja	☐ nein
e)	**des Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)?	☐ ja	☐ nein
f)	**der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen** (z.B. Krebs, Anämie, Leukämie, Zyste, Lymphknoten)?	☐ ja	☐ nein
g)	**akuter oder chronischer Infektionen** (z.B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose)?	☐ ja	☐ nein
h)	**des Gehirns und Nervensystems** (z.B. Anfallsleiden, Lähmungen, Parkinson, Migräne)?	☐ ja	☐ nein
i)	**der Psyche** (z.B. Depressionen, Angstzustände oder Zwangsstörungen, Neurose, vom Arzt diagnostizierter Stress- oder Erschöpfungszustand, Essstörung, Schmerzsyndrom, Burnout Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch)?	☐ ja	☐ nein
j)	**Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen** (z.B. Bewegungseinschränkungen, Hüftgelenk-Fehlstellung, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, rheumatische Beschwerden, Fibromyalgie)?	☐ ja	☐ nein
k)	**der Haut** (z.B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte)?	☐ ja	☐ nein
l)	**der Augen** (z.B. Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, Sehstörungen, Horn- und Netzhauterkrankung, Star-Erkrankung, erhöhter Augendruck)?	☐ ja	☐ nein
m)	**der Ohren** (z.B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Lärmschaden, Gleichgewichtsstörungen)?	☐ ja	☐ nein
n)	**Allergien** (z.B. Heuschnupfen, Hausstauballergie, Lebensmittelallergien, sonstige Unverträglichkeiten)?	☐ ja	☐ nein

8441 / 04.2025 • Risiko-/Gesundheitsfragen_Österreich

Bei allen mit **„ja“** beantworteten Fragen sind Zusatzangaben auf Seite 4 erforderlich!

5. Haben Sie in den **letzten 5 Jahren** über einen Zeitraum **von mehr als 14 Tagen täglich** Medikamente eingenommen? ☐ ja ☐ nein

6. Wurden Sie in den **letzten 10 Jahren** in Krankenhäusern oder Kureinrichtungen stationär behandelt? ☐ ja ☐ nein

7. Sind oder waren Sie in den **letzten 5 Jahren** in ambulanter Behandlung von Ärzten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Psychotherapeut, Physiotherapeut)? ☐ ja ☐ nein

8. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den **letzten 3 Monaten** Gesundheitsstörungen oder Beschwerden? Hierzu zählen unter anderem Herzrythmusstörungen,Schmerzen in der Herzgegend, Engegefühl im Brustraum, Atemnot, Ohnmacht, Sensibilitäts-, Gang-, Gleichgewichts-, Seh, Hörstörungen, Blut im Stuhl oder in Körperflüssigkeiten, Rücken- oder Nackenbeschwerden über mehr als 24 Stunden, psychische Erschöpfungszustände, Wahrnehmungsstörungen, Angstzustände, wiederkehrende Schmerzzustände ungeklärter Ursache und allergische Reaktionen. ☐ ja ☐ nein

9. **a)** Nehmen / nahmen Sie in den **letzten 5 Jahren** Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel? Wurden Sie in den **letzten 5 Jahren** deswegen oder aufgrund deren Folgen beraten oder behandelt? ☐ ja ☐ nein

b) Wurden Sie in den **letzten 5 Jahren** wegen Alkoholkonsums und/ oder dessen Folgen beraten oder behandelt? ☐ ja ☐ nein

10. Sind Sie zurzeit mit einer Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung krankgeschrieben? ☐ ja ☐ nein

11. **a)** Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen bzw. dauerhafte körperliche Behinderungen? Wenn ja, welche/ aufgrund welchen Leidens (z. B. Multiple Sklerose, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, rheumatoide oder infektiöse Erkrankungen)? ☐ ja ☐ nein

b) Besteht ein Grad der Behinderung (GdB), ein Grad der Schädigungsfolge (GdS), eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)? ☐ ja ☐ nein

12. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test) oder warten Sie noch auf das Testergebnis? ☐ ja ☐ nein

13. Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?

Name, Fachrichtung _____

Anschrift _____

14. Beabsichtigen Sie, sich **innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate** in einem Land außerhalb der Europäischen Union aufzuhalten? Was ist der Grund des Auslandsaufenthalts? ☐ ja ☐ nein

15. **a)** **Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf ausgesetzt** (z.B. Umgang mit gesundheitsgefährdenden, radioaktiven, explosiven Stoffen oder Strahlen, Aufenthalt in Krisengebieten)? ☐ ja ☐ nein

b) **Betreiben Sie Sportarten oder Hobbies, bei denen besondere Gefahren bestehen** (z.B. Flugrisiko / Drachenfliegen / Fallschirmspringen, Klettern, Tauchen, Extremsportarten, Kampfsportarten, Teilnahme an Wettbewerben / Rennfahrten)? ☐ ja ☐ nein

16. Bestehen für Sie schon Lebensversicherungen oder sind solche beantragt? Beginn und Ablauf? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens? ☐ ja ☐ nein

17. Wurden in den **letzten 5 Jahren** Anträge auf Lebensversicherungen abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? Weshalb? Wann? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens? ☐ ja ☐ nein

Zusatzangaben

Falls der Platz zur Beantwortung nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein **Zusatzblatt**. Dieses muss **separat unterschrieben** werden. Bitte reichen Sie auch **vorliegende Befunde, Krankenhaus- oder Kurentlassungsberichte** mit ein.

Hinweis:
Sie können die Bearbeitungszeit der Risikoprüfung abkürzen, wenn Sie uns den entsprechenden Fragebogen für z.B. eine Erkrankung, ein Hobby oder einen Auslandsaufenthalt vollständig und unterschrieben mit dem Antrag einreichen.

Zusatzangaben zu den mit "ja" beantworteten Fragen 4 -12

zu Frage Nr.	Art, Verlauf, Folgen (z.B. Krankheit, Verletzung), Befund / Diagnose der Untersuchung, verordnete Medikamente (Name, Dosierung)	Wann? Wie oft? Wie lange? AU-Zeiten? Folgenlos ausgeheilt?	Behandelnde Ärzte, Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Heilpraktiker, Krankengymnast, Physiotherapeut, Psychotherapeut), Krankenhäuser, Kureinrichtungen mit Anschrift

Genetische Untersuchungen und Analysen – Durchführung und Verwendung prädiktiver Gentests

Die EUROPA Lebensversicherung AG darf nach dem österreichischen Gentechnikgesetz (GTG) 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.

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

Zusatzangaben zu den mit "ja" beantworteten Fragen 14 -17

zu Frage Nr.	**Bitte tragen Sie hier die näheren Informationen zur jeweiligen Frage ein:**

Unterschriften

Die nachfolgenden Unterschriften bestätigen die Richtigkeit der obigen Antworten. Bitte beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach § 16 ff VersVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“.

	X
Datum	**Unterschrift der zu versichernden Person ab 16 Jahre** und / oder der gesetzlichen Vertreter, z.B. bei Minderjährigen
	X
Datum	**Unterschrift des Antragstellers** und / oder der gesetzlichen Vertreter, z.B. bei Minderjährigen