Untersuchungsbogen

EUROPA Lebensversicherung AG
Piusstraße 137
D-50931 Köln

Telefon (0221) 5737-366
Telefax (0221) 5737-380

Internet www.europa.de

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

Ihr Patient hat bei uns eine Lebens- / Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsversicherung beantragt. Hierfür benötigen wir bitte das entsprechende Formular vollständig ausgefüllt und von Ihnen und Ihrem Patienten unterzeichnet zurück.

Abhängig vom beantragten Versicherungsschutz benötigen wir zusätzlich zu den im „Ärztlichen Zeugnis" abgefragten Daten weitere Untersuchungen. **Bitte klären Sie mit Ihrem Patienten vorab, sofern im Folgenden noch nichts angekreuzt ist, welche Versicherung er in welcher Höhe beantragt.**

Die zu untersuchende Person hat sich durch Personalausweis oder Pass auszuweisen (falls nicht persönlich bekannt).

1. ☐ **Über 500.000 Euro bis einschl. 650.000 Euro (nur für zu untersuchende Personen ab 50 Jahre)**
   Untersuchung auf beigefügtem Formular „Vital-Check" mit den dort angegebenen Laborwerten durch einen praktischen Arzt oder Facharzt für Innere Medizin.

2. ☐ **Über 650.000 Euro Todesfall-Leistung oder**
   über 3.000 Euro mtl. Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente
   Untersuchung auf beigefügtem Formular „Ärztliches Zeugnis" mit den dort angegebenen Laborwerten durch einen praktischen Arzt oder Facharzt für Innere Medizin.
   Hinweise zu den Laborwerten:
   - Der NT-proBNP ist nur bei zu untersuchenden Personen ab 50 Jahre erforderlich.

3. ☐ **Über 1.000.000 Euro Todesfall-Leistung oder**
   über 4.000 Euro mtl. Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente
   Untersuchung auf beigefügtem Formular „Ärztliches Zeugnis" mit den dort angegebenen Laborwerten durch einen Facharzt für Innere Medizin und zusätzlich:
   - Echocardiographie (2D Echo)
   - kleine Lungenfunktionsprüfung
   - abdominelle Sonographie
   - Zusatzlaborwerte (jeweils mit Angabe des Labor-Normbereiches):
     - Bilirubin,
     - Harnstoff,
     - GOT,
     - Quick

   Hinweise zu den Laborwerten:
   - Der Cotinintest wird nur benötigt, wenn eine Risikolebensversicherung für einen Nichtraucher beantragt wird.
   - Der NT-proBNP ist nur bei zu untersuchenden Personen ab 50 Jahre erforderlich.

4. ☐ **Nur für zu versichernde Personen aus Österreich mit beantragtem Fristenverzicht:**
   Über 200.000 Euro Todesfall-Leistung
   Untersuchung auf beigefügtem Formular „Ärztliches Zeugnis" mit den dort angegebenen Laborwerten (ausgenommen Cotinintest und NT-proBNP) durch einen praktischen Arzt oder Facharzt für Innere Medizin

Bei den Summengrenzen sind die bei der EUROPA Lebensversicherung AG bestehenden Vorversicherungen, welche innerhalb der letzten 5 Jahre abgeschlossen wurden, zu berücksichtigen.

Für den „Vital-Check" einschließlich der Laborwerte gemäß Ziffer 1. bieten wir Ihnen ein Honorar von 100 Euro. Für das „Ärztliche Zeugnis" einschließlich der Laborwerte und dem HIV-Test gemäß Ziffer 2. (ausgenommen NT-proBNP) bieten wir Ihnen ein Honorar von 150 Euro. Die weiteren Untersuchungen gemäß Ziffer 3. sowie den NT-proBNP und den Cotinintest honorieren wir – zusätzlich zu den 150 Euro – nach GOÄ (maximal 2,3-facher Steigerungssatz) bzw. in Österreich nach der Honorarordnung für Ärzte. Kosten für nicht geforderte Untersuchungen sowie Kosten für die Untersuchung (inklusive der Laborwerte und dem HIV-Test) gemäß Ziffer 4. werden von uns nicht übernommen.

Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung auf dem entsprechenden Formular an und reichen Sie die Rechnung für die Zusatzuntersuchungen mit ein. Legen Sie bitte die Befunde zu den geforderten Zusatzuntersuchungen (Sono-Bilder, etc.) bei.

EUROPA
VERSICHERUNG PUR.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Die nachfolgenden Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen. Die Anzeigepflicht ist vom Antragsteller – sowohl für sich als auch für die zu versichernde Person – zu beachten und zu erfüllen. Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung durch eine zu versichernde Person.

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind uns gegenüber unverzüglich und unmittelbar schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?
Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform fragen, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt wird, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes
Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Bei einer Lebensversicherung haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Auszahlungsbetrags (nicht in der Basisversorgung).

2. Kündigung
Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann der Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat gekündigt werden. Bei einer Lebensversicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag im Falle der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsanpassung und Wegfall des Versicherungsschutzes
Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil, können also für bereits eingetretene Versicherungsfälle zum Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, verzichten wir auf das Recht zur Vertragsanpassung.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsanpassung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in einer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung der Rechte
Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt haben. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir die Erklärung stützen. Zur Begründung können nachträglich weitere Umstände angegeben werden, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung können wir uns nicht berufen, wenn der nicht angezeigte Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige bekannt war.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person
Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsanpassung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

EUROPA
VERSICHERUNG PUR.

Vital-Check

über Herrn / Frau (ggf. auch Geburtsname)

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Beruf

Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort	Versicherungsnummer

Antragsteller (falls nicht zu versichernde Person)

Nachname	Vorname

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Bitte beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“.

Vorab vom Arzt zu beantworten / zu beachten

Die zu versichernde Person ist mir persönlich als Patient bekannt. ☐ ja ☐ nein

Falls nein: Identifizierung durch Personalausweis / Reisepass: Identifikationsnummer

Ist die zu versichernde Person mit dem/r untersuchenden Arzt / Ärztin in **einem Partnerschaftsverhältnis** (dienstlich oder privat) oder **verwandt** oder **verschwägert**? Falls ja, darf die Untersuchung nicht durchgeführt werden. ☐ ja ☐ nein

Der erforderliche Umfang der Untersuchung geht aus unserem Anschreiben hervor. Bitte lassen Sie sich dieses von der zu untersuchenden Person vorlegen.

Teil II Untersuchungsbefund

1. Körpergröße (ohne Schuhe) _____ cm

Körpergewicht (ohne Kleidung) _____ kg

Bauchumfang _____ cm

2. **Blutdruck** und **Pulsfrequenz**:
Wurden die nachfolgenden Werte unter Einnahme blutdrucksenkender Medikamente gemessen? ☐ ja ☐ nein
Ggf. welche?

Bei Erhöhung von Puls oder Blutdruck bitte zweite Messung am Ende der Untersuchung

	Pulsschläge je Minute	davon Extraschläge je Minute	Blutdruck in mm Hg./systol.	Blutdruck in mm Hg./diastol.
Erste Messung: linke Seite				
Erste Messung: rechte Seite				
Ggf. zweite Messung: linke Seite				
Ggf. zweite Messung: rechte Seite				

Falls bekannt, welche Blutdruckwerte wurden in den letzten 12 Monaten gemessen?
(Sofern in den letzten 12 Monaten ein 24-Stunden-Blutdruckmessung durchgeführt wurde, bitte Ergebnis beifügen.)

Datum	Blutdruck in mm Hg./systol.	Blutdruck in mm Hg./diastol.	Datum	Blutdruck in mm Hg./systol.	Blutdruck in mm Hg./diastol.	Datum	Blutdruck in mm Hg./systol.	Blutdruck in mm Hg./diastol.

3. Aktuelle Laboruntersuchungen

a) Urinuntersuchung vom _____

	Ergebnis des Streifentests
Leukozyten	
Nitrit	
PH-Wert	
Protein	
Glucose	

	Ergebnis des Streifentests
Keton	
Urobilinogen	
Bilirubin	
Blut	
Hämoglobin	

b) Blutuntersuchungen vom _____

	Ergebnis	Normalwert
Y-GT		
GPT		
Kreatinin		

	Ergebnis	Normalwert
Gesamt Chol.		
HDL–Chol.		
Triglyceride		
HbA1c		

c)

	Ergebnis
HIV-AK-Test 1+2	
kleines Blutbild (bitte Laborblatt mitsenden)	
NT-proBNP	

4. Der Arzt kann dem Untersuchten auffällige Befunde mitteilen. Welche Befunde wurden mitgeteilt? ☐ **keine**

Die Untersuchung fand statt am _____ um _____ Uhr

Mit der Weitergabe der Daten und Befunde an meinen Patienten bin ich einverstanden ☐ Ja ☐ Nein

Für den „Vital-Check“ einschließlich der Laborwerte gemäß Ziffer 1. bieten wir Ihnen ein Honorar von 100 Euro.

Hinweis zum Datenschutz: Wir haben Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, um z.B. zu Sachverhalten mit Ihnen kommunizieren zu können. Weitere Informationen hierzu finden Sie unter www.europa.de/datenschutz.

Das Honorar ist zu überweisen auf:

Name des Kontoinhabers	Name des Kreditinstituts	IBAN

Hinweis: Sofern zusätzliche Angaben auf der Rückseite oder einem gesonderten Blatt vorgenommen werden, sind diese von der zu versichernden Person und dem Arzt gesondert gegenzuzeichnen.

Die nachfolgende Unterschrift bestätigt die Richtigkeit der obigen Antworten. Bitte beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass bei mir ein HIV-Test durchgeführt und das Ergebnis an die EUROPA Lebensversicherung AG weitergegeben wird.

Arztstempel

Datum	✗ Unterschrift der zu versichernden Person	✗ Unterschrift des Arztes / der Ärztin

EUROPA Lebensversicherung AG
Piusstr. 137
D-50931 Köln

Vorstand: Dr. Gerhard Schmitz (Vorsitzender),
Dr. Helmut Hofmeier, Marcus Lauer,
Alf N. Schlegel, Jürgen Wörner
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Heinz Jürgen Scholz

Sitz der Gesellschaft: Köln
Handelsregister Amtsgericht Köln B 4330
USt-ID-Nr: DE 124 906 368