

Vermittlernamen \_\_\_\_\_

Vermittlernummer     ☐ Für die zu versichernde Person besteht bereits eine Lebensversicherung bei der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Persönliche Daten (Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen!)

## Antragsteller

☐ Herr ☐ Frau ☐ Firma

Titel \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Geburtsort/-land \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)

☐ Herr ☐ Frau

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Geburtsort/-land \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Versicherungsumfang

Tarif \_\_\_\_\_ ☐ XL ☐ XXL ☐ Nichtraucher ☐ Raucher Risikoklasse 

(Hinweis: R2 und R5 sind Tarife mit fallender Versicherungssumme)

Darlehenszinssatz (bei den Tarifen R2P und R5P erforderlich) \_\_\_\_\_ % Versicherungssumme \_\_\_\_\_ EUR

Versicherungsbeginn 0 1 . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Dynamik (2–5 %) ☐ ja \_\_\_\_\_ %Eintrittsalter \_\_\_\_\_ Jahre Ärztliches Zeugnis ☐ ja

Versicherungsdauer \_\_\_\_\_ Jahre (Hinweis: Der Antragsteller wird bei Verträgen mit einer Versicherungssumme bis 300.000 € in eine günstigere Risikoklasse eingestuft, wenn er dem Versicherer auf eigene Rechnung ein ärztliches Zeugnis vorlegt. Ab einer Versicherungssumme von 300.001 € übernimmt der Versicherer die Kosten.)

Beitragszahlungsdauer \_\_\_\_\_ Jahre

Ablaufdatum 0 1 . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Überschussystem: Sofortrabatt

## Unfalltod-Zusatzversicherung (UZV) (Falls gewünscht bitte ankreuzen)

☐ Die Leistung beträgt wahlweise ☐ 100 % oder ☐ 200 % der Hauptversicherungssumme. Die Laufzeit der UZV richtet sich nach der Versicherungsdauer der Hauptversicherung. Das Höchstendalter für die UZV liegt bei 75 Jahren.

## Beitragszahlung

Zahlungsweise ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

Gesamter Bruttobeitrag \_\_\_\_\_ EUR Versicherungssteuer: \_\_\_\_\_ EUR Gesamter Nettobeitrag\* \_\_\_\_\_ EUR

\* kann nicht über die gesamte Laufzeit garantiert werden (siehe Abschnitt „Überschussystem“ im Angebot)

## Bezugsrecht

Bezugsberechtigt für Leistungen im Todesfall der versicherten Person ist bzw. sind:

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für die Beitragszahlung

Die **Beitragszahlung** soll gemäß gewünschter Zahlungsweise erfolgen. Mit geringfügigen Abweichungen in Beitrag oder Versicherungssumme durch Rundungen erkläre ich mich einverstanden. Ich ermächtige die InterRisk Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Damit weise ich zugleich mein Kreditinstitut an, die von InterRisk auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.** Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN                

BIC \_\_\_\_\_

Name des Kreditinstituts \_\_\_\_\_



Unterschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

## Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller)

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Gläubiger-Nr. der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group: DE82LEB 000 000 23907

Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt.

## Erklärung der zu versichernden Person

**Nachfolgend stellen wir Ihnen einige Fragen, um das von uns zu übernehmende Versicherungsrisiko besser abschätzen zu können. Bitte beachten Sie bei der Beantwortung dieser Fragen Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht und geben Sie alle Ihnen bekannten Sachverhalte – dazu zählen auch Umstände, die für Sie eventuell keine oder nur eine geringe Bedeutung haben – zu jeder der gestellten Fragen sorgfältig, vollständig und ausführlich an. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann Rechtsfolgen haben, wie Rücktritt oder Anfechtung des Vertrages oder Verweigerung der beantragten Leistung.**

Alle nachfolgenden Beispiele können nicht sämtliche Erkrankungsbegriffe umfassen. Die Beispiele haben deshalb keinen abschließenden Charakter. Eventuell durchgeführte prädiktive Gentests müssen hier nicht angegeben werden (Näheres siehe unter Hinweise „Prädiktiver Gentest“).

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1. Wurden in den letzten 5 Jahren auf Ihr Leben bereits <b>andere Lebensversicherungen</b> beantragt oder abgeschlossen?<br>Gesellschaft: _____ Höhe: _____ EUR                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre auf Ihr Leben <b>beantragte Lebens-/Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen nur zu erschwerten Bedingungen</b> , also mit Risikozuschlag, Ausschlussklausel oder abgekürzter Versicherungsdauer, angeboten oder angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt?<br>Gesellschaft: _____ Wann: _____<br>Annahmeentscheidung: _____ Höhe: _____ EUR | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Sind Sie <b>beruflich besonderen Gefahren</b> ausgesetzt (z.B. durch Umgang mit explosiven, radioaktiven, toxischen oder infektiösen Stoffen) oder betreiben Sie <b>eine Sportart mit besonderem Risiko</b> (z.B. Kampfsport, Auto- oder Motorradsport, Flug-/Luftsport, Tauchen, Bergsport, Wildwassersport, Variantenfahren in Freeride-Gebieten)? Genaue Angaben: _____                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Fahren Sie ein auf Sie zugelassenes <b>Motorrad</b> oder <b>Quad</b> ab 125 ccm?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten <b>Aufenthalte in außereuropäischen Ländern</b> oder <b>Krisengebieten</b> ?<br>Wohin: _____ Dauer: _____                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

## Gesundheitsfragen

Bitte geben Sie hier ALLE im jeweiligen Fragezeitraum liegenden Beeinträchtigungen, Erkrankungen, Gesundheits- und Funktionsstörungen, Behandlungen, Operationen, stationäre Aufenthalte an mit näheren Einzelheiten zur Behandlung bzw. dem Behandlungserfolg.

### Bezogen auf die derzeitigen Gesundheitsverhältnisse und die letzten 5 Jahre

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 6. <b>Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Gesundheits- oder Funktionsstörungen</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                           |
| 6.1 <b>des Herzens oder der Kreislauforgane</b> (z.B. ärztlich diagnostizierter erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelschaden, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Gleichgewichtsstörungen, Thrombose, Venenleiden)?                                                                               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6.2 <b>der Lunge, Atmungsorgane</b> (z.B. Tbc, Lungenentzündung, Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe-Syndrom)?                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6.3 <b>des Magens, des Darms, der Bauchspeicheldrüse</b> (z.B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwür, Entzündungen im Bereich der Speiseröhre, der Bauchspeicheldrüse/Pankreatitis, des Magens und des Darms, Magen-Darm-Blutung)?                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6.4 <b>der Leber, Gallenblase, Milz</b> (z.B. Leberentzündung/Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Fettleber, Gallenblasenentzündung/Steine, Milzvergrößerung)?                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6.5 <b>der Nieren, Harnorgane</b> (z.B. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, blutiger Harn, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, Harnblasenentzündung, Eiweißausscheidung)?                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6.6 <b>der Geschlechtsorgane einschl. Brustdrüsen</b> (z.B. der Vorsteherdrüse/Prostata, Hoden, Gebärmutter, Eierstöcke, Geschlechtskrankheiten)?                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6.7 <b>Allergien</b> (z.B. Heuschnupfen, Hausstaub, Lebensmittel, Kontaktallergien)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6.8 <b>der Haut</b> (z.B. Ekzem, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte, entfernte Leberflecke, blutende oder größer gewordene Muttermale)?                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6.9 <b>des gesamten Bewegungsapparates</b> (wie Arme, Beine, Rücken/Wirbelsäule, Schultern), der Knochen, Gelenke (wie Hüft-, Knie-, Ellenbogen- oder Sprunggelenke), der Muskeln, Sehnen oder Bänder (z.B. Bewegungseinschränkungen, Rückgratverkrümmung, Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Hüftfehlstellung, Beinlängendifferenz, Arthrose, Meniskusschaden, Rheuma, Fibromyalgie, Arthritis)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6.10 <b>des Gehirns oder des Nervensystems</b> (z.B. Hirnleistungsstörung, Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, Migräne, über mehrere Tage andauernde Kopfschmerzen)?                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6.11 <b>der Augen</b> (z.B. Fehlsichtigkeit von mehr als 4 Dioptrien, Sehstörungen, Hornhaut oder Netzhauterkrankungen, grauer/grüner Star)?<br>Oder wurde eine Lasertherapie durchgeführt? Dioptrien links: _____ Dioptrien rechts: _____                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6.12 <b>der Ohren</b> (z.B. Hörstörung, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Lärmschaden, Gleichgewichtsstörung)?                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6.13 <b>des Stoffwechsels</b> (z.B. Diabetes, erhöhter Blutzucker, Schilddrüse, Hormonstörung, erhöhte Cholesterinwerte)?                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6.14 <b>des Blutes, der Lymphknoten</b> (z.B. Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörungen, Gicht, Thrombose, Lymphknotenschwellung, Lymphknotenentzündung)?                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6.15 <b>akute oder chronische Infektionskrankheiten</b> (z.B. Malaria, Tuberkulose, Borreliose, Hirnhautentzündung, Herpesinfektion)?                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Werden oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre <b>aus gesundheitlichen Gründen durch Ärzte oder andere Behandler</b> (z.B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) beraten, untersucht und /oder wurden bei Ihnen Behandlungen durchgeführt, verordnet oder angeraten?                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren <b>Medikamente</b> über mehr als 5 Tage?                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Haben Sie in den letzten 5 Jahren <b>Drogen</b> zu sich genommen?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren <b>regelmäßig Alkohol</b> zu sich (d.h. mehr als ein Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage im Jahr)?                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 11. Haben Sie in den letzten 5 Jahren <b>Unfälle, Verletzungen</b> oder <b>Vergiftungen</b> erlitten?                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren <b>beraten, untersucht oder behandelt</b> oder sind solche Maßnahmen vorgesehen wegen                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                           |
| 12.1 gut- oder bösartiger <b>Tumorerkrankungen (Krebs)?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 12.2 eines <b>Suizidversuchs</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 12.3 der Einnahme von <b>Drogen, Betäubungs- oder Rauschmittel?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 12.4 der Folgen von <b>Alkoholgenuss</b> oder <b>Alkoholabhängigkeit?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 12.5 Erkrankungen oder <b>Störungen der Psyche</b> (z.B. Depressionen, Angstzustände, Belastungsreaktion, Burnout-Syndrom, Essstörungen, ADS)?                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Bestehen bei Ihnen derzeit <b>körperliche, psychische</b> oder <b>geistige Beeinträchtigungen</b> (z.B. durch angeborene Behinderungen, Missbildungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen), oder wurde eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), eine Schwerbehinderung (GdB) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) anerkannt oder beantragt?                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

**WICHTIG: Bitte reichen Sie bei Antragstellung alle Seiten inklusive aller Unterschriften mit ein!**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 14. Sind Sie <b>derzeit Raucher</b> oder haben Sie in den <b>letzten 12 Monaten geraucht</b> bzw. konsumieren Sie <b>E-Zigaretten</b> ? Falls ja, was? Anzahl pro Tag? (z.B. Anzahl der Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen pro Tag)<br>Genaue Angaben: _____<br><br>Nichtraucher seit: _____ | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 15. <b>Bitte geben Sie hier Ihre derzeitigen Körpermaße an:</b> Körpergröße in cm: _____ Körpergewicht in kg: _____                                                                                                                                                                                 |                                                           |

#### Bezogen auf die Gesundheitsverhältnisse der letzten 10 Jahre

|                                                                                                                                                                                                                          |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 16. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren <b>stationär</b> behandelt (Operationen, Entzugsbehandlungen, Strahlen- bzw. Chemotherapie, Rehabbehandlungen, Kuren) bzw. ist eine solche Behandlung vorgesehen oder empfohlen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

#### Bezogen auf zeitlich unbefristete Gesundheitsverhältnisse

|                                                                                                                                                                              |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 17. Wurde bei Ihnen eine <b>HIV-Infektion</b> festgestellt (positiver AIDS-Test)?<br>Wenn ja, wann?<br>_____<br><br>Bei welchem Arzt (Anschrift)?<br>_____<br>_____<br>_____ | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

#### Erläuterungen zu allen mit „ja“ beantworteten Fragen:

| Frage-Nr. | VP-Nr. | Genaue Art der Krankheit/Behandlung | Wann, Dauer, Häufigkeit, <b>Ergebnis</b> | Arzt/KH |
|-----------|--------|-------------------------------------|------------------------------------------|---------|
|           |        |                                     |                                          |         |
|           |        |                                     |                                          |         |
|           |        |                                     |                                          |         |
|           |        |                                     |                                          |         |
|           |        |                                     |                                          |         |

Bitte reichen Sie uns Angaben, welche Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach.

**Bitte unbedingt beantworten:** ☐ Es folgen keine weiteren Angaben, da vollständig beantwortet! ☐ Es folgen weitere Angaben.

#### Informationen über die Begriffe Krankheiten, Gesundheits- oder Funktionsstörungen:

Als Krankheit wird ein anormaler körperlicher oder geistiger Zustand bezeichnet, welcher in der Regel von einem Arzt/Behandler diagnostiziert wird. Eine Gesundheits- oder Funktionsstörung bezieht sich auf sämtliche gesundheitliche Beeinträchtigungen, auch wenn sie nicht gravierend und nur von kurzer Dauer sind und/oder noch keine eindeutige Diagnose gestellt werden konnte.

#### Hinweis:

Nach Abschluss der medizinischen Risikoprüfung durch die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group können eventuell Risikozuschläge (in der BU und der EU auch Ausschlussklauseln) oder Einschränkungen des Versicherungsschutzes vereinbart werden. In einigen wenigen Fällen kann der Versicherungsschutz von uns nicht übernommen werden.

#### Prädiktiver Gentest:

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und diese nicht verlangen. Sie müssen uns jedoch Vorerkrankungen und Erkrankungen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzeigen, auch wenn in diesem Zusammenhang genetische Untersuchungen oder Analysen vorgenommen wurden. Sie müssen uns jedoch keine genetischen Untersuchungen mitteilen, die allein mit dem Ziel vorgenommen wurden, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder gesundheitliche Störung abzuklären. Diese Ausnahme von der Anzeigepflicht gilt nicht, wenn Versicherungsleistungen von mehr als 300.000 € Versicherungssumme oder mehr als 30.000 € Jahresrente bei Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit vereinbart werden.

#### Erklärung nach dem Geldwäschegesetz

##### Bitte immer ausfüllen!

Der Versicherungsnehmer handelt für

☐ eigene Rechnung

☐ Rechnung eines Dritten/wirtschaftlich Berechtigten

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Beziehung zu Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Identifizierung des Versicherungsnehmers/wirtschaftlich Berechtigten durch einen gültigen

☐ Personalausweis oder ☐ Reisepass ☐ gültig bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

☐ Kopie ist beigelegt

Ausstellende Behörde, Ort \_\_\_\_\_ Ausweis-Nr. \_\_\_\_\_

#### Weitere wichtige Angaben zur Person des Antragstellers und/oder des wirtschaftlich Berechtigten:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Üben oder üben Sie ein wichtiges öffentliches Amt mit einer Entscheidungsbefugnis auf Staatsebene wie z.B. als Parlamentsmitglied, Regierungsmitglied, Staatssekretär aus oder sind Sie Mitglied in wichtigen staatlichen Organen wie obersten Gerichten, Rechnungshöfen oder in Führungsorganen staatlicher Unternehmen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie Botschafter, Geschäftsträger oder hochrangiger Offizier der Streitkräfte?                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie Familienmitglied einer dieser oben genannten Personen?                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Falls ja, welches Amt üben/übten Sie von wann bis wann aus bzw. welcher Art ist Ihre Beziehung zum Amtsträger?<br>_____                                                                                                                                                                                                   |                                                           |

Falls Antragsteller eine Firma bzw. eine juristische Person bitte „Identifizierungsformular für Firmen“ einreichen!

**WICHTIG:** Bitte reichen Sie bei Antragstellung alle Seiten inklusive aller Unterschriften mit ein!

## Vorvertragliche Anzeigepflicht

**Unrichtige oder unvollständige Angaben können zum Rücktritt des Versicherers vom Versicherungsvertrag und zu Leistungsfreiheit führen. Bitte beachten Sie daher die folgenden Hinweise:**

Der Antragsteller ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, die im Antrag gestellten Gesundheitsfragen richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer unter den in §§ 16 ff VersVG bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

## 1. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Daten

### 1.1 bei Vertragsabschluss

Der Antragsteller (sofern dieser nicht auch die zu versichernde Person ist, auch diese) stimmt zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, sowie den bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern ermitteln darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblatt, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann). **Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.**

### 1.2 im Versicherungsfall

Der Antragsteller und/oder die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Im Fall einer solchen Datenermittlung werden der Antragsteller und die zu versichernde Person 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14-tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11 a VersVG bestehen für den Antragsteller und die zu versichernde Person auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Antragsteller und die zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen.

Ort, Datum

Ort, Datum

**Der Antragsteller und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Antragsteller, Bezugsberechtigten oder der zu versichernden Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.**

Der Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

## 2. Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung in der Krankheitskostenversicherung

In der Krankheitskostenversicherung können Leistungen zwischen dem Versicherer und dem Gesundheitsdienstleister direkt verrechnet werden. Dies bedarf eines Auftrags des im Leistungsfall betroffenen Versicherungsnehmers oder Versicherten, welchen dieser an den Gesundheitsdienstleister erteilt. Bei Vorliegen dieses Auftrags darf der Versicherer die nachfolgenden Daten beim Gesundheitsdienstleister ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherungsnehmers oder Versicherten ermitteln:

1. Zwecks Einholung der Deckungszusage des Versicherers:  
Daten über die Identität des Betroffenen, das Versicherungsverhältnis und die Aufnahmediagnose (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder der ambulanten Behandlung sowie zu der Frage, ob der Behandlung ein Unfall zugrunde liegt);
2. Zwecks Abrechnung und Überprüfung der Leistungen:
  - a. Daten über die erbrachten Behandlungsleistungen (Daten zum Grund einer Behandlung und zu deren Ausmaß) einschließlich des Operationsberichts;
  - b. Daten über die Dauer des stationären Aufenthalts oder der Behandlung;
  - c. Daten über die Entlassung oder die Beendigung der Behandlung.

**Diese Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung können der betroffene Versicherungsnehmer oder Versicherte jederzeit untersagen. Eine Untersagung könnte zur Folge haben, dass der Versicherer zumindest vorerst die Deckung verweigert und der Versicherungsnehmer oder Versicherte dadurch für diejenigen Leistungen zahlungspflichtig bleiben, die sonst gedeckt wären.**

## 3. Entbindung von der Schweigepflicht

Der Antragsteller und die zu versichernde Person entbinden die in den Punkten 1 und 2 genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung gemäß Punkt 1. und des Direktverrechnungsauftrags gemäß Punkt 2.

## 4. Zustimmung zur Verwendung personellbezogener Daten im Rahmen des ZIS

Das Zentrale Informationssystem (ZIS) des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7 ist eine Einrichtung der Versicherungswirtschaft zur Verhinderung und Bekämpfung von Geldwäsche, Versicherungsmissbrauch und Versicherungsbetrug in der Kranken-, Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung. Der Antragsteller und die zu versichernde Person stimmt zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, geändert oder fortgesetzt wird, Personenidentifikationsdaten (Name, Geburtsdatum) sowie das Meldedatum, die betroffene Versicherungssparte und Daten zum Meldestatus (jedoch keine Gesundheitsdaten) im Rahmen des ZIS in Einzelfällen an andere die Personenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen übermitteln und von diesen auch erhalten kann.

**Diese Zustimmungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Der Versicherer kann bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Antragsprüfung nicht vornehmen. Ein Widerruf kann daher zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.**

X

Unterschrift des/der Antragstellers/Antragstellerin

X

Unterschrift der zu versichernden Person

## Unterschriften/Erklärungen

**Versicherungsanträge sowie sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers und der versicherten Person müssen schriftlich erfolgen und sind direkt an die Hauptverwaltung der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group zu richten. Versicherungsvermittler sind zur Entgegennahme nicht bevollmächtigt.**

**Übergang der Versicherungsnehmereigenschaft:** Bei Tod des Versicherungsnehmers geht die Versicherungsnehmerschaft auf die versicherte Person über (sofern nicht mit dieser identisch).

**Vorläufiger Versicherungsschutz:** Wir gewähren einen vorläufigen Versicherungsschutz gemäß der Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz, welche Sie mit dem Angebot erhielten.

**Für das Versicherungsverhältnis gelten die den gewählten Tarifen entsprechenden Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group, welche dem Versicherungsnehmer vor der Antragsunterzeichnung mit dem Angebot ausgehändigt wurden.**

**Der Antragsteller übernimmt durch seine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben auch dann, wenn er diese nicht eigenständig geschrieben hat. Tritt zwischen der Antragstellung und der Annahme des Antrages eine Erhöhung der Gefahr ein, so hat der Versicherungsnehmer, sobald er von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen. Ein Gefahrumstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.**

☐ **Nichtrauchererklärung**



Bei Nichtraucherarif bitte zur Bestätigung ankreuzen

Ich habe in den vergangenen zwölf Monaten nicht geraucht und beabsichtige auch nicht zu rauchen. Ich weiß, dass eine unrichtige Erklärung den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben kann. Sofern ich nach Abschluss des Vertrages Raucher werde, teile ich dies der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group unverzüglich mit. Es erfolgt dann eine Einstufung in den Rauchertarif mit dem erforderlichen Beitrag. Von dem Zeitpunkt der Änderung des Nichtraucherstatus an wird noch für zwei Monate Versicherungsschutz nach der bisherigen Versicherungssumme geboten. Tritt der Leistungsfall danach ein, ohne dass ich der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group die Änderung mitgeteilt habe, vermindert sich die Versicherungssumme im Verhältnis des erforderlichen Beitrages zum bisherigen Beitrag. Diese Regeln gelten auch für die Konsumenten von E-Zigaretten.

**Informationspflichten:** Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir mein persönliches Angebot, die Kundeninformation, die allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie eine Kopie des Antrags einschließlich der Datenschutzerklärung Personenversicherung rechtzeitig vor Antragsunterzeichnung ausgehändigt wurden und ich über die Rechtsfolgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht umfassend informiert wurde. Die Hinweise und Erklärungen im Angebot und im Antragsformular habe ich gelesen und akzeptiert. Außerdem stimme ich mit meiner Unterschrift zu, dass der Versicherungsschutz ggf. vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

**Ich erkläre hiermit, dass ich die Antragsfragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet habe. Mit meiner Unterschrift übernehme ich die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben; dies auch dann, wenn die Angaben nicht eigenständig, sondern von einer anderen Person geschrieben oder elektronisch erfasst wurden.**

**Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.**

**Bitte unterschreiben Sie mit Vor- und Zunamen; bei Firmen auch Stempel.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum



\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum



\_\_\_\_\_  
Unterschrift versicherte Person, falls nicht Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum



\_\_\_\_\_  
Unterschrift ggf. gesetzlicher Vertreter

**Die Richtigkeit der zuvor gemachten Angaben wird hiermit bestätigt.** Ich bescheinige ferner, dass nach Prüfung der Angaben die Unterschriften im Antrag eigenhändig geleistet wurden und versichere, dass mir keine den schriftlichen Antragsklärungen widersprechenden Umstände bekannt sind. Insbesondere erkläre ich hiermit, dass alle Angaben des Versicherungsnehmers/der versicherten Person zu seinen/ihren gesundheitlichen Verhältnissen wertungsfrei in den Antrag aufgenommen wurden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum



\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vermittlers

Politenversand an: ☐ Antragsteller ☐ Vermittler

\_\_\_\_\_  
Mobilfunknummer des Vermittlers

**WICHTIG: Bitte reichen Sie bei Antragstellung alle Seiten inklusive aller Unterschriften mit ein!**

InterRisk Lebensversicherungs-AG  
Vienna Insurance Group  
Vorstand: Roman Theisen (Vors.),  
Dietmar Willwert, Christoph Wolf  
Aufsichtsratsvorsitzender:  
Dieter Fröhlich

Carl-Bosch-Straße 5, 65203 Wiesbaden  
Postfach 25 72, 65015 Wiesbaden  
Sitz: Wiesbaden  
Registergericht:  
Wiesbaden HRB 12059

Telefon: 0611 2787-0  
(24-Stunden-Service)  
Telefax: 0611 2787-222  
www.interrisk.de  
info@interrisk.de

**InterRisk**   
VIENNA INSURANCE GROUP