

Antrag auf Risikolebensversicherung

DELA *aktiv* Leben (Tarif 1.0)

Vertriebspartner-Nr.:

Versicherungsschutz:

DELA *aktiv* LebenDELA *aktiv* Leben plus⁺

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						mind. 75% Bürotätigkeit
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	
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		Immobilienkredit		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.

Ehepartner eingetragener Lebenspartner	Versicherungsnehmer/seine Erben Kinder zu gleichen Anteilen	Sonstige (Firma, Organisation, o. Ä.) namentliche Nennung	
Bezugsberechtigter ist:	Herr	Frau	Geburtstag
	Herr	Frau	Geburtstag
	Herr	Frau	Geburtstag
	Herr	Frau	Geburtstag

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).	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
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
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
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
6. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren oder werden Sie in den nächsten 3 Monaten in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationsklinik, einer Entzugsklinik oder anderen Einrichtungen der medizinischen Versorgung untersucht, beraten und/oder behandelt (Nicht anzugeben sind: Schwangerschaften, unfallbedingte Muskel-, Band- und Sehnenverletzungen)?	Nein	Ja