

Direktion:
 Baierbrunner Str. 31-33, D-81379 München
 Postfach, D-81357 München

Telefon (089) 51 53-0
 Telefax (089) 51 53-347
 www.continentale.de

Änderungsantrag

Versicherungsnummer/n: _____

Versicherungsnehmer (Vorname und Nachname / Firmenbezeichnung)	Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort / Firmensitz)	Staatsangehörigkeit	Telefonnummer / E-Mailadresse für Rückfragen ⁽¹⁾
Versicherte Person (Vorname und Nachname) <i>wenn vom Versicherungsnehmer abweichend</i>	Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)	Staatsangehörigkeit	Telefonnummer / E-Mailadresse für Rückfragen ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Freiwillige Angaben zum Zweck der vertraglichen Kommunikation

Änderung des Bezugsrechts

Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit ist der mit (*) gekennzeichnete Hinweis auf Seite 14 zu beachten. Die Änderung wird nur und erst dann wirksam, wenn sie der Continentale Lebensversicherung AG oder einem Kundendienst-Centrum zugegangen ist. Die Änderung ist nicht möglich bei Basisprodukten! Legitimationsprüfung nach dem GwG ist erforderlich, wenn ein unwiderrufliches Bezugsrecht vereinbart wird! Es ist stets eine vollständige und gültige Ausweiskopie der unwiderruflich bezugsberechtigten Person beizufügen! Die Ausweiskopie muss leserlich sein. Bitte Steuerhinweis beachten!

Die Bezugsrechtsänderung gilt ab sofort ab _____ . _____ . 20_____

❖ Für den Erlebensfall der versicherten Person

- widerruflich unwiderruflich
 Herr Frau

Bitte beachten Sie: Alle Vertragsänderungen, die den Leistungsumfang des Vertrags einschränken, sowie die Festlegung eines neuen Bezugsrechts, können bei Festlegung eines unwiderruflichen Bezugsrechts nur noch mit Zustimmung der unwiderruflich bezugsberechtigten Person vorgenommen werden.

Vorname und Nachname _____ ggf. abweichender Geburtsname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
 Straße / Hausnummer _____ Postleitzahl / Wohnort _____

❖ Für den Todesfall der versicherten Person

- widerruflich unwiderruflich
 Herr Frau

Bitte beachten Sie: Alle Vertragsänderungen, die den Leistungsumfang des Vertrags einschränken, sowie die Festlegung eines neuen Bezugsrechts, können bei Festlegung eines unwiderruflichen Bezugsrechts nur noch mit Zustimmung der unwiderruflich bezugsberechtigten Person vorgenommen werden.

Vorname und Nachname _____ ggf. abweichender Geburtsname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
 Straße / Hausnummer _____ Postleitzahl / Wohnort _____

❖ Besondere Vereinbarungen zur Bezugsberechtigung:

Steuerliche Angaben (CRS / FATCA) bei Festlegung eines **unwiderruflichen** Bezugsrechts – Nähere Informationen zu CRS / FATCA siehe Seite 14 bzw. Fragebogen für Rechtsträger

Ist die **unwiderruflich** bezugsberechtigte Person ausschließlich in Deutschland steuerlich ansässig?

ja

nein, in _____

Land / Länder der steuerlichen Ansässigkeit

Steuernummer(n) im Ausland

Jede Änderung der steuerlichen Ansässigkeit ist der Continentale Lebensversicherung AG unverzüglich mitzuteilen. Ist die unwiderruflich bezugsberechtigte Person in den USA steuerpflichtig, ist das Beiblatt „Angaben zur Steuerpflicht in den USA (FATCA)“ #3510 beigefügt. Ist die unwiderruflich bezugsberechtigte Person ein Rechtsträger (z. B. juristische Person, nicht rechtsfähige Vereinigung): Der zusätzliche „Fragebogen für Rechtsträger (FATCA/CRS)“ #3495 ist immer beizufügen.

Änderung der Rechtsnachfolge

Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit ist der mit (*) gekennzeichnete Hinweis auf Seite 14 zu beachten. Legitimationsprüfung nach dem GwG ist erforderlich!

Es ist stets eine vollständige und gültige Ausweiskopie des Rechtsnachfolgers beizufügen! Die Ausweiskopie muss leserlich sein.

Verstorbt der Versicherungsnehmer und ist dieser *nicht* zugleich versicherte Person, so soll im Falle seines Todes die versicherte Person, sofern diese *volljährig* ist, den Vertrag als neuer Versicherungsnehmer weiterführen. (Die Unterschrift der versicherten Person ist erforderlich.)

Verstorbt der Versicherungsnehmer und ist dieser *nicht* zugleich versicherte Person, so soll im Falle seines Todes der Vertrag auf folgende *volljährige* Person übergehen: (Die Unterschrift der benannten Person ist erforderlich.)

Herr Frau

Vorname und Nachname

ggf. abweichender Geburtsname

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Unterschrift der benannten Person

Die Rechtsnachfolge kann vom Versicherungsnehmer jederzeit in Textform widerrufen beziehungsweise geändert werden!

Wechsel der Versicherungsnehmereigenschaft

Für Versicherungsnehmerwechsel zu Direktversicherungen verwenden Sie bitte Formular 3744

Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit ist der mit (*) gekennzeichnete Hinweis auf Seite 14 zu beachten. Die Änderung ist nicht möglich bei Basis- und Riesterprodukten!

Bei einer Änderung der Versicherungsnehmereigenschaft erfolgt nach § 33 Abs. 3 Erbschaftsteuergesetz in jedem Fall eine Meldung an das Finanzamt!

Ausweiskopie:

Legitimationsprüfung nach dem GwG ist erforderlich!

Es ist stets eine vollständige und gültige Ausweiskopie des neuen Versicherungsnehmers beizufügen! Die Ausweiskopie muss leserlich sein.

Angemessenheits- und Geeignetheitsprüfung

Das Formular „Angemessenheits- und Geeignetheitsprüfung #3603“ ist mit beizufügen.

Ausgenommen sind: Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Risiko-, Sterbegeld-, RÜRup- und Riester-Verträge

Der Versicherungsnehmer beantragt zum 01. _____ . 20_____ den Wechsel der Versicherungsnehmereigenschaft auf

Frau Herrn Firma

Vorname und Nachname (ggf. abweichender Geburtsname) / Firmenname neuer Versicherungsnehmer

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort / Firmensitz)

Telefonnummer / E-Mailadresse für Rückfragen ⁽¹⁾

Geburtsdatum

Geburtsort (erforderlich auch für Legitimationsprüfung)

Staatsangehörigkeit (erforderlich auch für Legitimationsprüfung)

⁽¹⁾ Freiwillige Angaben zum Zweck der vertraglichen Kommunikation

Der Wechsel der Versicherungsnehmereigenschaft erfolgt: Unentgeltlich Entgeltlich (Aufkauf; der Vertrag unterliegt dadurch der vollen Besteuerung.)

Steuerliche Angaben (CRS / FATCA) – Nähere Informationen zu CRS / FATCA siehe Seite 14 bzw. Fragebogen für Rechtsträger

Ist der *neue* Versicherungsnehmer ausschließlich in Deutschland steuerlich ansässig?

ja

nein, in _____

Land/Länder der steuerlichen Ansässigkeit

Steuernummer(n) im Ausland

Jede Änderung der steuerlichen Ansässigkeit ist der Continentale Lebensversicherung AG unverzüglich mitzuteilen. Ist der neue Versicherungsnehmer in den USA steuerpflichtig, ist das Beiblatt „Angaben zur Steuerpflicht in den USA (FATCA)* #3510 beigefügt. Ist der neue Versicherungsnehmer ein Rechtsträger (z. B. juristische Person, nicht rechtsfähige Vereinigung): Der zusätzliche „Fragebogen für Rechtsträger (FATCA/CRS)* #3495 ist immer beizufügen.

Persönliches Verhältnis (Verwandtschaftsverhältnis) zwischen dem bisherigen und dem neuen Versicherungsnehmer:

Es besteht folgendes Verwandtschaftsverhältnis zwischen bisherigem und neuem Versicherungsnehmer: _____

Es besteht *kein* Verwandtschaftsverhältnis zwischen bisherigem und neuem Versicherungsnehmer.

Änderung der Beitragszahlungsweise

Hinweis: Die Änderung der Beitragszahlungsweise ist nur zur nächsten Hauptfälligkeit des Vertrags möglich.

Änderung der Beitragszahlungsweise auf monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Der Beitrag entsprechend der neuen Zahlungsweise beläuft sich auf _____ Euro

SEPA-Lastschriftmandat (sofern Antragsteller oder zu versichernde Person Kontoinhaber ist; sonst Formular SEPA-Lastschriftmandat #1560 ausfüllen)

Das nachfolgende Mandat wird als sogenanntes "Rahmenmandat" vereinbart. Dadurch können fällige Beträge, die sich gegebenenfalls aus weiteren Verträgen mit verschiedenen Versicherern des Continentale Versicherungsverbundes ergeben, in einer Summe abgebucht werden (bitte das Mandat ausfüllen und unterschreiben).

Wenn Sie kein Rahmenmandat erteilen oder einer Einbeziehung dieses Vertrages in ein bereits bestehendes Rahmenmandat nicht zustimmen wollen, sondern stattdessen ein Einzelmandat wünschen, kreuzen Sie bitte das nachfolgende Feld an:
(bitte das Mandat ausfüllen und unterschreiben)

Aus organisatorischen Gründen werden alle Lastschriften des Continentale Versicherungsverbundes durch die Continentale Krankenversicherung a.G. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ00000053646) durchgeführt und mit "Continentale/Europa Verbund" auf Ihrem Kontoauszug ausgewiesen. Hierbei handelt die Continentale Krankenversicherung a.G. im Auftrag der anderen Versicherer des Continentale Versicherungsverbundes.

Continentale Krankenversicherung a.G. • Ruhrallee 92, 44139 Dortmund • Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE95ZZZ00000053646

Mandatsreferenznummer - wird separat mitgeteilt.

Familien- und Vorname des Kontoinhabers / Firma des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Continentale Krankenversicherung a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Continentale Krankenversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: 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. Ich bin damit einverstanden, dass ich rechtzeitig, mindestens jedoch einen Tag vor Belastung meines Kontos, bei jedem ersten Abruf sowie bei Änderungen von Betrag und/oder Abbuchungstermin über den bevorstehenden SEPA-Lastschrifteinzug unter Nennung des abzubuchenden Betrages informiert werde.

Name und Ort des Kreditinstituts

IBAN

Ort und Datum

Unterschrift des Kontoinhabers und/oder der gesetzlichen Vertreter, zum Beispiel bei Minderjährigen

Zahlungsunterbrechung / Beitragspause bis 6 Monate – dies gilt nicht für fondsgebundene Produkte

Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit ist der mit (*) gekennzeichnete Hinweis auf Seite 14 zu beachten.

Zahlungsunterbrechung / Beitragspause ab dem 01. _____ 20_____ (gegebenenfalls mit vermindertem Versicherungsschutz bzw. Wegfall des Versicherungsschutzes).

Wiederaufnahme der Beitragszahlung ab dem 01. _____ 20_____

- Mit der gleichen garantierten Versicherungssumme / garantierten Rente wie bisher; gegebenenfalls mit einem erhöhten laufenden Beitrag. Beinhaltet der Vertrag eine PremiumBUZ / PremiumEUZ als *EasyBUZ / EasyEUZ* gelten zusätzlich und abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen folgende Bestimmungen: Bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung kann der Versicherungsvertrag nur mit der Beitragshöhe, wie sie vor der Zahlungsunterbrechung bestanden hat, wieder in Kraft gesetzt werden.
- Die rückständigen Beiträge in Höhe von _____ Euro werden in einer Summe nachgezahlt. Bei Vorliegen eines SEPA-Lastschriftmandats werden die rückständigen Beiträge automatisch mit dem ersten Beitragsabruf nach der Zahlungsunterbrechung mit abgerufen. Sofern *kein* SEPA-Lastschriftmandat vorliegt, sind die rückständigen Beiträge zum Fälligkeitstermin auf das Konto der Continentale Lebensversicherung AG mit IBAN DE74 4404 0037 0340 9968 02 bei der Commerzbank Dortmund (BIC: COBADEFFXXX) unter Angabe der Versicherungsnummer zu überweisen.
- Mit dem gleichen Beitrag wie bisher (gegebenenfalls mit einer herabgesetzten garantierten Versicherungssumme / garantierten Rente).
- Mit einem herabgesetzten Beitrag in Höhe von _____ Euro.

Zahlungsunterbrechung über 6 Monate - dies gilt nicht für fondsgebundene Produkte

Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit ist der mit (*) gekennzeichnete Hinweis auf Seite 14 zu beachten.

Die Zahlungsunterbrechung soll, wie nachstehend beschrieben, ab dem 01. _____ 20_____ beginnen.

Beitragsfreistellung mit vermindertem Versicherungsschutz

Eine Wiederaufnahme der Beitragszahlung ist für Verträge mit Vertragsschluss bis 31.12.2004 nur innerhalb von zwei Jahren und für Verträge mit Vertragsschluss nach 31.12.2004 nur innerhalb von drei Jahren ab Beginn der Zahlungsunterbrechung möglich.

Sofern eine Beitragsfreistellung nicht oder noch nicht möglich ist:

Vertragsunterbrechung mit Wegfall des Versicherungsschutzes

Hinweis: Für Verträge mit AVB-Stand bis 2008 maximal für die Dauer von 12 Monaten möglich. Für Verträge mit AVB-Stand ab 2009 maximal für die Dauer von 6 Monaten möglich.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung ab dem 01. _____ 20_____

Bitte Steuerhinweis beachten!

Legitimationsprüfung nach dem GWG ist erforderlich! Es ist stets eine vollständige und gültige Ausweiskopie des Versicherungsnehmers beizufügen! Die Ausweiskopie muss leserlich sein. Die Gesundheitsfragen sind - sofern für den Vertrag erforderlich - von der versicherten Person zu beantworten!

- Mit der gleichen garantierten Versicherungssumme / garantierten Rente wie bisher; gegebenenfalls mit einem erhöhten laufenden Beitrag. Beinhaltet der Vertrag eine PremiumBUZ / PremiumEUZ als *EasyBUZ / EasyEUZ* gelten zusätzlich und abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen folgende Bestimmungen: Bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung kann der Versicherungsvertrag nur mit der Beitragshöhe, wie sie vor der Zahlungsunterbrechung bestanden hat, wieder in Kraft gesetzt werden.
- Die rückständigen Beiträge in Höhe von _____ Euro werden in einer Summe nachgezahlt. Bei Vorliegen eines SEPA-Lastschriftmandats werden die rückständigen Beiträge automatisch mit dem ersten Beitragsabruf nach der Zahlungsunterbrechung mit abgerufen. Sofern *kein* SEPA-Lastschriftmandat vorliegt, sind die rückständigen Beiträge zum Fälligkeitstermin auf das Konto der Continentale Lebensversicherung AG mit IBAN DE74 4404 0037 0340 9968 02 bei der Commerzbank Dortmund (BIC: COBADEFFXXX) unter Angabe der Versicherungsnummer zu überweisen.
- Mit dem gleichen Beitrag wie bisher (gegebenenfalls mit einer herabgesetzten garantierten Versicherungssumme / garantierten Rente).
- Mit einem herabgesetzten Beitrag in Höhe von _____ Euro.

Zahlungsunterbrechung für fondsgebundene Produkte

Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit ist der mit (*) gekennzeichnete Hinweis auf Seite 14 zu beachten.

Die Zahlungsunterbrechung soll, wie nachstehend beschrieben, ab dem 01. _____ 20_____ beginnen.

Beitragsfreistellung

Beitragsfreier Versicherungsschutz analog den Regelungen in den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen“ des jeweiligen Tarifs. Während der beitragsfreien Zeit werden dem Fondsguthaben Risiko- und Verwaltungskostenbeiträge entnommen.

Sofern eine Beitragsfreistellung noch nicht möglich ist:

Ruhen der Beitragszahlung (gilt nicht für die Tarife: F3, FR3, FR3B, FG, FRG, FRE3,RI, ERI, BRI, RG)

Es besteht weiterhin voller Versicherungsschutz. Die Kosten zur Erhaltung des Versicherungsschutzes während der Ruhephase werden dem Fondsguthaben entnommen. Das Fondsguthaben muss deshalb voraussichtlich ausreichen, um die Risiko- und Kostenbeiträge für den Zeitraum des Ruhens entnehmen zu können. Unabhängig davon muss die Beitragszahlung spätestens nach 24 Monaten ab Beginn der Ruhendstellung wieder aufgenommen werden.

Befristete Beitragsfreistellung (gilt ausschließlich für die Tarife: F3, FR3, FR3B, FRG, FRE3, FRE3,RI, ERI, BRI, RG)

Beitragsfreier Versicherungsschutz analog den Regelungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifs. Die Beitragszahlung muss spätestens nach 36 Monaten ab Beginn der befristeten Beitragsfreistellung wieder aufgenommen werden.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung ab dem 01. _____ 20_____

Bitte Steuerhinweis beachten!

Legitimationsprüfung nach dem GWG ist erforderlich! Es ist stets eine vollständige und gültige Ausweiskopie des Versicherungsnehmers beizufügen! Die Ausweiskopie muss leserlich sein. Die Gesundheitsfragen sind - sofern für den Vertrag erforderlich - von der versicherten Person zu beantworten!

- Mit dem gleichen Beitrag wie bisher und ohne Nachentrichtung der während der beitragsfreien Zeit nicht gezahlten Beiträge; gegebenenfalls mit niedrigeren Versicherungswerten.
- Mit einem herabgesetzten Beitrag in Höhe von _____ Euro.
- Mit Nachzahlung der während der beitragsfreien Zeit nicht gezahlten Beiträge (gilt ausschließlich für Verträge, denen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ab Stand 12.2012 zugrunde liegen).
 - durch Erhöhung des laufenden Beitrags
 - in einem einmaligen Betrag als *Sonderzahlung*

Beinhaltet der Vertrag eine PremiumBUZ / PremiumEUZ als *EasyBUZ / EasyEUZ* gelten zusätzlich und abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen folgende Bestimmungen: Bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung kann der Versicherungsvertrag nur mit der Beitragshöhe, wie sie vor der Zahlungsunterbrechung bestanden hat, wieder in Kraft gesetzt werden.

Erhöhung des Beitrags / der Versicherungssumme / der Rente

Nur gültig für Verträge mit Stand der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ab 04.2012

Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit ist der mit (*) gekennzeichnete Hinweis auf Seite 14 zu beachten.

Die Gesundheitsfragen sind - sofern für den Vertrag erforderlich - von der versicherten Person zu beantworten!

Bei einer Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeits-Versicherung oder einem Vertrag mit Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist gegebenenfalls die finanzielle Angemessenheitsprüfung durchzuführen (siehe hierzu Fragen bei „Nachversicherung ohne Gesundheitsprüfung“; Seite 5“).

Legitimationsprüfung nach dem GWG ist erforderlich! Es ist stets eine vollständige und gültige Ausweiskopie des Versicherungsnehmers beizufügen! Die Ausweiskopie muss leserlich sein.

Die Voraussetzungen / Regelungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifs sind zu beachten.

Beinhaltet der Vertrag eine PremiumBUZ / PremiumEUZ als *EasyBUZ / EasyEUZ* gelten zusätzlich und abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen folgende Bestimmungen: Der Beitrag, gegebenenfalls der reduzierte Beitrag bei Überschuss-System Beitragsverrechnung, darf nach einer Erhöhung 3.000 Euro pro Jahr nicht überschreiten.

- Erhöhung des Gesamtbeitrags (inkl. eventuell vorhandener Zusatzversicherungen) des Beitrags ausschließlich für den Haupttarif
- der Versicherungssumme / Rente / BU-/EU-Rente Erhöhung der Rente aus der Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (falls mitversichert)

ab dem 01. _____ . 20 _____

um _____ Euro

auf _____ Euro

Nachversicherung ohne Gesundheitsprüfung

Dieser Änderungsantrag zur Nachversicherung gilt für Verträge, denen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ab 04.2012 zugrunde liegen. Der Änderungsantrag kann zusätzlich für Verträge, denen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen vor 04.2012 zugrunde liegen und zu denen bereits ein separater Nachversicherungsvertrag mit Stand der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ab 04.2012 besteht, verwendet werden.

Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit ist der mit (*) gekennzeichnete Hinweis auf Seite 14 zu beachten.

Legitimationsprüfung nach dem GWG ist erforderlich! Es ist stets eine vollständige und gültige Ausweiskopie des Versicherungsnehmers beizufügen! Die Ausweiskopie muss leserlich sein. Bitte Steuerhinweis beachten!

Die einzelvertraglichen Regelungen zur Nachversicherung (Ereignisse, Fristen, Begrenzungen) sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifs zu finden.

Beinhaltet der Vertrag eine PremiumBUZ / PremiumEUZ als *EasyBUZ / EasyEUZ* gelten zusätzlich und abweichend von den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen“ folgende Bestimmungen: Der Beitrag, gegebenenfalls der reduzierte Beitrag bei Überschuss-System Beitragsverrechnung, darf nach einer Nachversicherung 3.000 Euro pro Jahr nicht überschreiten.

- Erhöhung des Gesamtbeitrags (inkl. eventuell vorhandener Zusatzversicherungen) des Beitrags *ausschließlich* für den Haupttarif
- der Versicherungssumme / Rente / BU-/EU-Rente Erhöhung der Rente aus der Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (falls mitversichert)

ab dem 01. _____ . 20 _____

um _____ Euro

auf _____ Euro

Es ist ein geeigneter Nachweis über die Voraussetzung zur Inanspruchnahme der Nachversicherung beizufügen.

Finanzielle Angemessenheitsprüfung

Fragen zur versicherten Person bei einer Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeits-Versicherung oder bei einem Vertrag mit Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Bestehen für Sie bereits Absicherungen für den Fall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder den Verlust von Grundfähigkeiten oder sind solche beantragt? Hierzu zählen ja nein

- private Versicherungen oder Zusatzversicherungen
- Ansprüche aus einer betrieblichen Altersversorgung
- Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder auf Versorgungsansprüche aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen

Art der Absicherung? Höhe der jeweiligen monatlichen Rente in Euro? _____

Name des Unternehmens bzw. des Versorgungsträgers? _____

Handelt es sich um einen Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeits-Vertrag oder um einen Vertrag mit Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung und beträgt die Gesamtrente¹⁾ inkl. Sofortbonus vor oder aufgrund der Nachversicherung mehr als 1.000 Euro (bei Ärzten über 1.500 Euro) monatlich, sind die nachfolgenden Fragen zu beantworten:

- Arbeitnehmer:
jährliches Nettoarbeitsseinkommen _____ Euro
- Selbständiger:
Gewinn / Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre
(aus selbstständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb ohne Vermietung und Verpachtung)
- Jahr _____ Euro
- Jahr _____ Euro
- Jahr _____ Euro
- Beginn der Selbstständigkeit _____
- Betriebliche Altersversorgung:
jährliches Bruttoarbeitsseinkommen _____ Euro

Bei Gesamtrenten¹⁾ über 2.500 Euro monatlich bitte Einkommensnachweise bzw. Nachweise über den Gewinn / Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre einreichen.

¹⁾ Bei den Gesamtrenten sind private und betriebliche Leistungen, auch bei anderen Gesellschaften / Versorgungsträgern, sowie Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder auf Versorgungsanwartschaften aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen mit einzubeziehen.

Herabsetzung des Beitrags / der Versicherungssumme / der Rente

Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit ist der mit (*) gekennzeichnete Hinweis auf Seite 14 zu beachten.

Herabsetzung des Beitrags der Versicherungssumme der Rente ab 01. _____ . 20_____ um _____ Euro auf _____ Euro.

Herabsetzung der Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsrente (falls mitversichert) ab 01. _____ . 20_____ um _____ Euro auf _____ Euro.

Einschluss / Ausschluss von Zusatzversicherungen

(Beantragung nur nach Rücksprache mit der Continentale Lebensversicherung AG, Direktion, möglich.)

Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit ist der mit (*) gekennzeichnete Hinweis auf Seite 14 zu beachten. Wenn der Einschluss eines Zusatzbausteins erfolgt, sind die Gesundheitsfragen von der versicherten Person zu beantworten!

Einschluss Ausschluss Angabe der betreffenden Zusatzversicherung: _____

Dynamik / Wachstumsplan / Leistungsdynamik

Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit ist der mit (*) gekennzeichnete Hinweis auf Seite 14 zu beachten.

Widerspruch der dynamischen Erhöhung / der Erhöhung durch den Wachstumsplan vom 01. _____ . 20_____

Ausschluss der dynamischen Erhöhung / des Wachstumsplans.

Ausschluss der Leistungsdynamik.

Änderung der Fondsaufteilung (In der Summe 100 %, maximal 10 Fonds)

Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit ist der mit (*) gekennzeichnete Hinweis auf Seite 14 zu beachten. Wählbar sind die Fonds aus der jeweils gültigen Fondspalette der Continentale Lebensversicherung AG.

Änderung der Fondsaufteilung für künftige Beitragszahlungen
oder

Umschichtung des vorhandenen Fondsguthabens
oder

Änderung der Fondsaufteilung für künftige Beitragszahlungen und Umschichtung des vorhandenen Fondsguthabens

Die Änderung soll gelten ab 01. _____ 20_____.

Der Termin gilt für alle gewünschten Änderungen; für künftige Beitragszahlungen jedoch frühestens zur nächst möglichen Beitragsfälligkeit. Die Stichtagsregeln der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind zu beachten.

Fondsauswahl - Anlage der Sparanteile in folgender Fondskombination:

Bitte geben Sie alle Investmentfonds an, die nach Durchführung dieses Auftrags in Ihrem Versicherungsvertrag enthalten sein sollen. In einem Versicherungsvertrag können das bis zu *zehn Investmentfonds* sein. Die Fonds, die Sie nicht mehr verwenden wollen, sind *nicht* einzutragen. Nennen Sie also nur Investmentfonds:

- ❖ in die Sie umschichten wollen,
- ❖ die weiterhin unverändert bestehen bleiben sollen,
- ❖ in die künftige Beträge fließen sollen.

Fondsbezeichnung *)	Renditebaustein R ... / F ...	Neue Aufteilung des Fondsguthabens **)	Aufteilung für künftige Beitragszahlungen ***)
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%

*) Bitte beachten Sie, dass für die Produktlinie "Happy Age" eine abweichende Fondspalette festgelegt ist.
 **) Geben Sie „unverändert“ an, wenn die Anteile eines Investmentfonds nicht umgeschichtet oder in ihrem prozentualen Anteil verändert werden sollen. Alle anderen Fondsanteile werden entsprechend der von Ihnen genannten Prozentangaben neu aufgeteilt (Summe: 100 %).
 ***) Nur ganzzahlige Prozentangaben; jeweils mindestens 5 %; Summe 100 %.

Mit meiner Unterschrift auf diesem Änderungsantrag bestätige ich den Erhalt der Fondsbeschreibung der gewählten Investmentfonds.

Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz (GwG)

Unbedingt auszufüllen bei folgenden Geschäftsvorfällen:

- Erhöhung / Nachversicherung
- unwiderrufliches Bezugsrecht
- Versicherungsnehmerwechsel
- Zahlungsunterbrechung größer 6 Monate
- Festlegung / Änderung einer Rechtsnachfolge

Es ist stets eine vollständige und gültige Ausweiskopie beizufügen! Die Ausweiskopie muss leserlich sein.

Der Versicherungsnehmer ist:

- eine natürliche Person
- eine juristische Person → bitte immer Formular "Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz" (#3395) beifügen.

Wirtschaftlich berechtigt an dem Vertrag ist (auch Mehrfachnennungen sind möglich)

- der Antragsteller (Versicherungsnehmer)
 - der Bezugsberechtigte im Erlebensfall
(falls abweichend vom Antragsteller / Versicherungsnehmer)
 - der Beitragszahler
(falls abweichend vom Antragsteller / Versicherungsnehmer)
 - die abweichende Person
 - eine sonstige natürliche Person
(z. B. VP bei bAV)
 - der Abtretungsgläubiger (Zessionar) bzw. die nachstehende juristische Person (Unternehmen / Personengesellschaft)
Hinweis: Handelt es sich um ein Geldinstitut außerhalb der EU, verwenden Sie bitten das Formular "Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz" (#3395)
- Vor- und Familienname _____ ggf. abweichender Geburtsname _____
- Straße / Hausnummer _____
- Postleitzahl / Wohnort _____
- Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____

Name oder Bezeichnung (Firma), Rechtsform

Registernummer (insbesondere Handelsregisternummer) und Registergericht (falls vorhanden)

Straße, Hausnummer (Bitte keine Postfach- oder c/o-Adresse angeben)

Postleitzahl, Ort (Sitz des Unternehmens)

- Zusätzlich weitere Personen oder eine juristische Person → bitte immer Formular "Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz" (#3395) beifügen.

Wirtschaftlich berechtigt ist die natürliche Person oder sind mehrere natürliche Personen, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Versicherungsnehmer letztlich steht oder die natürliche Person, auf deren Veranlassung eine Transaktion letztlich durchgeführt oder eine Geschäftsbeziehung letztlich begründet wird. Sind mehrere Personen wirtschaftlich berechtigt, müssen alle angegeben werden.

Zusätzliche Fragen an den Antragsteller, den wirtschaftlich Berechtigten und die abweichend auftretende Person (falls mehrere bitte einzeln beantworten)

Üben oder üben Sie ein wichtiges öffentliches Amt mit einer Entscheidungsbefugnis auf Staatsebene aus, wie zum Beispiel als Parlamentsmitglied, Regierungsmitglied, Staatssekretär oder sind Sie Mitglied in wichtigen staatlichen Organen, wie Obersten Gerichten, Rechnungshöfen oder in Führungsorganen staatlicher Unternehmen oder sind Sie Botschafter, Geschäftsträger oder hochrangiger Offizier der Streitkräfte? ja *) nein

Sind Sie Familienmitglied einer dieser Personen oder sind Sie ihr nahestehend? ja *) nein

*) Falls ja, welches Mandat oder Amt üben / übten Sie aus bzw. welche Art war / ist Ihre Beziehung zum Mandats- oder Amtsträger?

Mandat / Amt bzw. welcher Art war / ist die Beziehung zum Mandats- oder Amtsträger?

Ausgeübt von / bis

Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person

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 Abschnitt „A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 13 dieses Antrags.

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 Continentalen Versicherungsverbandes auf Gegenseitigkeit bereits versichert sind. Achten Sie auch darauf, dass eventuelle Korrekturen von der versicherten 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 (siehe Erläuterung auf Seite 14). Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Antragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne stellen, um dann aktuell eine Antragsentscheidung treffen zu können.

Beruf (zurzeit ausgeübt), Branche bzw. Studienrichtung der zu versichernden Person

Berufsstatus (zusätzliche Begriffserläuterungen siehe Seite 15)

Selbstständiger / Freiberufler Angestellter Arbeiter Öffentlicher Dienst Beamter Student Uni / FH / DH Auszubildender / BA-Student / sonstiger Student

Zusätzliche Angaben zur zu versichernden Person, wenn der Vertrag eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-*Zusatzversicherung* beinhaltet
Nicht zu beantworten für EasyBUZ / EasyEUZ

Nur für Selbstständige / Freiberufler und Angestellte:

Haben Sie eine leitende Tätigkeit? ja nein

Wie viele Vollzeitkräfte sind Ihnen unterstellt? _____ Mitarbeiter

Zusätzliche Angaben der zu versichernden Person, wenn es sich bei dem Vertrag um eine Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeits-Versicherung mit Vertragsbeginn ab 01.09.2010 oder um eine Risikoversicherung mit Vertragsbeginn ab 01.01.2013 (Unisex-Tarif) handelt:

Grad der Ausbildung

Akademiker (Uni / FH / DH) abgeschlossene Meisterprüfung in der derzeit ausgeübten Tätigkeit

abgeschlossene Berufsausbildung mit Regelausbildungszeit von 3 Jahren oder mehr in der derzeit ausgeübten Tätigkeit

Kaufmännischer Abschluss (IHK o. VFA) Abschluss Industrie (IHK) Handwerklicher Abschluss (HwO oder HWK)

Haben Sie eine leitende Tätigkeit? ja nein

Wie viele Vollzeitkräfte sind Ihnen unterstellt? _____ Mitarbeiter

Üben Sie zu mindestens 75 % eine Bürotätigkeit (Innendienst) und / oder Aufsichtstätigkeit aus? ja nein

A. Allgemeine Fragen zur persönlichen Situation (bitte ggf. Zusatzfragebogen beifügen)

Nicht zu beantworten für EasyBUZ / EasyEUZ

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. a) Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf ausgesetzt (z. B. Umgang mit gesundheitsgefährdenden, radioaktiven, explosiven Stoffen oder Strahlen, Aufenthalt in Kriegsgebieten)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>b) Betreiben Sie Sportarten oder Hobbys, bei denen besondere Gefahren bestehen (z. B. Flugrisiko / Drachenfliegen / Fallschirmspringen, Klettern, Tauchen, Extremsportarten, Kampfsportarten, Teilnahme an Wettbewerben / Rennfahrten)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Bitte ggf. Zusatzfragebogen beifügen.</p> <p>c) <i>Nur ausfüllen zu Risikoversicherung nach Unisex-Tarif:</i> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fahren Sie Zweirad, Quad oder Trike - jeweils ab 80 ccm - als Fahrer, Beifahrer oder Saisonfahrer oder ist ein solches auf Sie zugelassen?</p> | <p>2. Beabsichtigen Sie, sich innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in einem Land außerhalb der Europäischen Union aufzuhalten? Grund des Auslandsaufenthalts? (Nicht anzugeben sind Aufenthalte in der Schweiz, in Island, in Norwegen, in Kanada oder in den USA) Falls "ja", bitte den "Fragebogen Auslandsaufenthalt" beifügen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>3. Bestehen bereits Lebensversicherungen oder sind solche beantragt? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>4. Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge auf Lebensversicherung abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? Weshalb? Wann? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

B. Besondere Risikofragen zur Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Versicherung / Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-*Zusatzversicherung*

Nicht zu beantworten für EasyBUZ / EasyEUZ

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Bestehen für Sie bereits Absicherungen für den Fall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder den Verlust von Grundfähigkeiten oder sind solche beantragt? Hierzu zählen
- private Versicherungen oder Zusatzversicherungen
- Ansprüche aus einer betrieblichen Altersversorgung
- Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder auf Versorgungsansprüche aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen
Art der Absicherung? Höhe der jeweiligen monatlichen Rente in Euro?
Name des Unternehmens bzw. des Versorgungsträgers? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>2. Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge auf Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, oder Grundfähigkeitsversicherung (auch Zusatzversicherungen) abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? Weshalb? Wann? Höhe der monatlichen Rente in Euro? Name des Unternehmens? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>3. Haben Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? Wenn ja, wenn und weshalb? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>4. Nur zu beantworten bei Verträgen mit AVB-Stand ab inklusive 01.2015
Sind Sie Raucher, haben Sie also in den letzten zwölf Monaten aktiv, wenn auch nur gelegentlich, Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> | <p>5. Nur ausfüllen bei Gesamtrenten¹⁾ über 1.000 Euro (bei Ärzten über 1.500 Euro) monatlich (ggf. jeweils inkl. Sofortbonus):</p> <p>- Arbeitnehmer:
jährliches Nettoarbeitseinkommen _____ Euro</p> <p>- Selbständiger:
Gewinn / Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre (aus selbstständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb ohne Vermietung und Verpachtung)</p> <p>Jahr _____ Euro</p> <p>Jahr _____ Euro</p> <p>Jahr _____ Euro</p> <p>Beginn der Selbstständigkeit _____</p> <p>- Betriebliche Altersversorgung:
jährliches Bruttoarbeitseinkommen _____ Euro</p> <p>Bei Gesamtrenten¹⁾ über 2.500 Euro monatlich bitte Einkommensnachweise bzw. Nachweise über den Gewinn / Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre einreichen.</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

¹⁾ Bei den Gesamtrenten sind private und betriebliche Leistungen, auch bei anderen Gesellschaften / Versorgungsträgern, sowie Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder auf Versorgungsanwartschaften aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen mit einzubeziehen.

C. Erklärung zum Gesundheitszustand (Ausfüllverzicht siehe Seite 15);
Nicht zu beantworten für EasyBUZ / EasyEUZ – siehe hierzu Abschnitt D auf Seite 9

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg
2. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krankheiten oder Beschwerden
- 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) an 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) an Niere und Harnwegen, Prostata, Geschlechtsorganen (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) durch akute oder chronische Infektionen (z. B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose)? ja nein
- g) des Gehirns und Nervensystems (z. B. Anfallsleiden, Lähmungen, Parkinson, Migräne)? ja nein
- h) der Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen (z. B. Bewegungseinschränkungen, Hüftgelenk-Fehlstellung, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, rheumatische Beschwerden, Fibromyalgie)? ja nein
- i) der Haut (z. B. Ekzeme, Neurodermitis, Schuppenflechte)? ja nein
- j) der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Sehstörungen, Horn- und Netzhauterkrankung, Star-Erkrankung, erhöhter Augendruck)? ja nein
- k) der Ohren (z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Lärmschaden, Gleichgewichtsstörungen)? ja nein
- l) durch Allergien (z. B. Heuschnupfen, Hausstauballergie, Lebensmittelallergien, sonstige Unverträglichkeiten)? ja nein
3. Haben Sie in den letzten 5 Jahren über einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen täglich Medikamente eingenommen? ja nein
4. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder Kureinrichtungen untersucht, behandelt oder operiert? ja nein
5. 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
6. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren Krankheiten oder Beschwerden
- a) der Psyche (z. B. Depressionen, Angstzustände oder Zwangsstörungen, Neurose, vom Arzt diagnostizierter Stress- oder Erschöpfungszustand, Essstörung, Schmerzsyndrom, Burn-out-Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch)? ja nein
- b) der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie, Zyste, Lymphknoten)? ja nein
7. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel? Wurden Sie in den letzten 10 Jahren deswegen oder wegen Alkoholkonsums und / oder dessen Folgen beraten oder behandelt? ja nein
8. 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)? Besteht ein Grad der Behinderung (GdB), ein Grad der Schädigungsfolge (GdS), eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WdB)? ja nein
9. Sind Sie zurzeit mit Arbeitsfähigkeits-Bescheinigung krankgeschrieben? ja nein
10. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test) oder warten Sie noch auf das Ergebnis eines durchgeführten AIDS-Tests? ja nein
11. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert (Name, Anschrift und Fachrichtung)?

Falls Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, ergänzen Sie dazu bitte die Details im Fragenblock auf Seite 10.

D. Erklärung zum Gesundheitszustand ausschließlich zu beantworten für die EasyBUZ / EasyEUZ

1. Sind Sie derzeit arbeitsunfähig? ja nein
2. Sind Sie in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung mehr als 14 Kalendertage ununterbrochen arbeitsunfähig gewesen? ja nein
3. Besteht oder bestand bei Ihnen eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WdB), ein Grad der Behinderung (GdB), Ein Grad der Schädigung (GdS), eine Berufsunfähigkeit – oder wurde Ein entsprechender Antrag gestellt? ja nein

Bitte beachten Sie:

Wenn Sie eine dieser Gesundheitsfragen mit „ja“ beantwortet haben, kann die PremiumBUZ / PremiumEUZ nicht als EasyBUZ / EasyEUZ abgeschlossen werden. In diesem Fall sind für die Risikoprüfung die „Fragen zur Einschätzung des Risikos der zur versichernden Person“ auf den Seite 8 und 9 maßgebend und die dort in den Abschnitten A, B und C gestellten Fragen zu beantworten.

Bei der Continentale Lebensversicherung AG beantragte oder bestehende / stornierte Versicherungen werden in der Risikoprüfung berücksichtigt.

Nichtrauchererklärung der zu versichernden Person

Nur auszufüllen, wenn tariflich bestimmt (zum Beispiel Risikoversicherung für Nichtraucher)

- Die zu versichernde Person ist Nichtraucher, hat also in den letzten zwölf Monaten nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen und beabsichtigt, 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 Versicherungsleistung) kann ich den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen“ entnehmen. Mir ist bewusst, dass ich und die zu versichernde Person verpflichtet sind, eine Änderung des Nichtraucherstatus unverzüglich der Continentale Lebensversicherung AG in Textform mitzuteilen.

Zusätzliche Angaben zu den mit "Ja" beantworteten Fragen A. 1. – 4. und B. 1. – 3.

Zu Frage Nummer

Zusätzliche Angaben zu den mit "Ja" beantworteten Fragen C. 1 – 10.
Bitte verwenden Sie ggf. mit Verweis auf die jeweilige Frage ein Extrablatt mit Unterschrift.

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

Bitte auch die Ihnen vorliegenden Befunde / Krankenhaus- oder Kurentlassungsberichte mit einreichen.

Beigefügte Vereinbarungen / Unterlagen

- Erklärung zum Medical Home Service # 3035 (siehe Seite 15) Mit ärztlicher Untersuchung Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz #3395 Weitere Angaben auf unterschriebenem Extrablatt
- Ausfüllverzicht bei „Untersuchung mit dem Medical Home Service“ Sonstiges, und zwar

Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Datenschutz-Grundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Continentale Lebensversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. an Adressermittler weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags bei uns unentbehrlich. Geben Sie Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Sie haben auch die Möglichkeit, Ihre Einwilligung während der Vertragslaufzeit für die Zukunft zu widerrufen, soweit sich der Widerruf nicht auf Einwilligungen bezieht, die für die Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrages unentbehrlich sind. Ob und inwieweit ein Widerruf eine für die Zukunft wirkende Bedeutung erlangt und von uns berücksichtigt werden kann, erläutern wir Ihnen zur jeweiligen Erklärung.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Continentale Lebensversicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2. und 5.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Continentale Lebensversicherung AG (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Continentale Lebensversicherung AG

Für die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags ist es erforderlich, Ihre Gesundheitsdaten zu erheben, speichern und nutzen zu können. Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Verarbeitung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrags nicht möglich. Ein Widerruf nach Begründung des Versicherungsvertrags kann von uns regelmäßig nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig ist und die weitere Durchführung des Versicherungsvertrags unmöglich macht.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden

Möglichkeiten:

Möglichkeit I

- Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfällprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Continentale Lebensversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die Continentale Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Continentale Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II

- Ich wünsche, dass mich die Continentale Lebensversicherung AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Continentale Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Continentale Lebensversicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Continentale Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I

- Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. - Möglichkeit I).

Möglichkeit II

- Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach

meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtbindungserklärungen auf meine Erben oder - wenn diese abweichend bestimmt sind - auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Continentale Lebensversicherung AG

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab oder widerrufen Sie Ihre Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt, kann dies zu einer Verzögerung der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Continentale Lebensversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Continentale Lebensversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallobearbeitung oder die Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht immer vollständig selbst durch, sondern übertragen ggf. die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Continentale Versicherungsverbandes oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die Liste ist den Datenschutzhinweisen bei Abschluss des Versicherungsvertrags (siehe Allgemeine Vertragsinformationen bzw. in diesem Änderungsantrag) angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.continentale.de/dienstleisterliste eingesehen werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste entsprechend durch ein *) gekennzeichneten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrags nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung nach Begründung des Versicherungsvertrags unter Nennung des Dienstleisters sowie Darlegung Ihrer besonderen Situation, werden wir eine Interessenabwägung der konkreten Sachlage vornehmen und Sie über unser Ergebnis informieren. Ein sonstiger Widerruf kann von uns nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig ist und die weitere Durchführung des Versicherungsvertrags unmöglich macht.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Continentale Lebensversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Continentale Versicherungsverbandes und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Continentale Lebensversicherung AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an Rückversicherungen zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrags nicht möglich. Ein Widerruf nach Begründung des Versicherungsvertrags kann von uns nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig ist und die weitere Durchführung des Versicherungsvertrags unmöglich macht.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Geben Sie uns für den Fall des Vertragsabschlusses über einen Vermittler Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an selbstständige Vermittler zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrags nicht möglich. Ein Widerruf nach Begründung des Versicherungsvertrags führt zur Beendigung Ihres aktuellen Betreuungsverhältnisses und Ihre Daten werden nicht mehr an diesen Vermittler weitergegeben.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen - soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler nach Ende ihrer Betreuung

Im Laufe eines Versicherungsvertrags kann es vorkommen, dass ein selbstständiger Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt oder erweitert hat (sog. Abschlussvermittler), und diesen auch betreut hat, Ihren Versicherungsvertrag nicht weiter betreut (z.B. aufgrund der Beendigung des Vermittlervertrages mit uns oder aufgrund unserer oder Ihrer Entscheidung, dass ein anderer Versicherungsvermittler Ihren Vertrag betreuen soll).

In einem solchen Fall kann es dazu kommen, dass diesen Abschlussvermittlern auch nach Ende ihrer Betreuung Ihres Vertrags noch Daten über Veränderungen des Vertrages, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung oder die Beitragsfreistellung des Vertrags übermittelt werden. Dies ist erforderlich, um unsere vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem jeweiligen Abschlussvermittler zu erfüllen.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrags nicht möglich. Ein Widerruf nach Abschluss des Versicherungsvertrags kann von uns nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig ist und unsere vertragliche Verpflichtung gegenüber dem Abschlussvermittler unmöglich macht.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG an Abschlussvermittler auch nach Ende ihrer Betreuung meines Vertrags noch Daten über Veränderungen des Vertrages, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung oder die Beitragsfreistellung des Vertrags übermittelt, und diese dort erhoben und gespeichert werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag *nicht* zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten für den Fall, dass der Vertrag nicht zustande kommt, nicht ab, ist eine Prüfung und weitere Bearbeitung des Antrags nicht möglich.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

5. Datenübermittlung an Auskunfteien und Einwilligung in die Bonitätsprüfung

Im Zusammenhang mit der Antragstellung wird zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos eine Bonitätsauskunft eingeholt. Geben Sie Ihre Einwilligung hierzu zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein.

Ich willige jederzeit widerruflich ein, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) bei der Antragsprüfung genutzt werden, um Bonitätsprüfungen bei der infocore Consumer Data GmbH durchzuführen. Zu diesem Zweck befreie ich jederzeit widerruflich die Continentale Lebensversicherung AG bezüglich der nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Für die Bonitätsprüfung benötigen wir die Angaben des vollständigen Namens und die Adressdaten des Hauptwohnsitzes laut Melderegistereintrag. Bei falschen Angaben behalten wir uns die Möglichkeit des Rücktritts und der Anfechtung des Vertrags vor.

Dienstleister und Auftragnehmer der Continentale Lebensversicherung AG

Liste der Dienstleister der Continentale Lebensversicherung AG, die personenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten im Auftrag erheben und verarbeiten und/oder im Wege der Funktionsübertragung übermittelt bekommen können. Die Liste beinhaltet auch die mit *) gekennzeichneten Stellen, für die wir nach Ziffer 1 der „Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen“ bzw. Ziffer 3.2 der „Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ eine Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung benötigen.

Die folgende Liste nennt mögliche Dienstleister und Auftragnehmer der Continentale Lebensversicherung AG. Das bedeutet, dass für jede Datenverarbeitung, Datenerhebung und Datenübermittlung im Einzelfall geprüft wird, ob und wenn ja, welcher Dienstleister/Auftragnehmer beauftragt wird. Keinesfalls erfolgt eine automatische Datenübermittlung an jeden, der in der Liste genannt ist.

Die Liste wird laufend aktualisiert und ist im Internet unter www.continentale.de/dienstleisterliste einsehbar.

Auftragnehmer, Kooperationspartner Einzelne Stellen	Übertragene Aufgaben, Funktionen	Gesundheitsdaten
Continentale Krankenversicherung a. G.	Rechenzentrum, Rechnungswesen, Statistik, Inkasso, Exkasso, Forderungseinzug, Recht, Kommunikation, Revision, Betriebsorganisation, Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung, Empfang / Telefonservice; Postservice inkl. Scannen und Zuordnung von Eingangspost, Druck- und Versanddienstleistung; zentrale Datenverarbeitung	Ja, teilweise
Europa Versicherung AG	Interner Service (Empfang / Telefonservice; Postservice inkl. Scannen und Zuordnung von Eingangspost); zentrale Datenverarbeitung	Ja, teilweise
Europa Lebensversicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung; zentrale Datenverarbeitung	Ja, teilweise
Mannheimer Versicherung AG	Inkasso, Exkasso, Interner Service und Vertrieb für den übernommenen Bestand der mamax Lebensversicherung AG; zentrale Datenverarbeitung	Ja, teilweise
AmTrust International *)	Ausfallversicherung für Immobiliendarlehen	Nein
Continentale Assekuranz Service; Österreich, 1010 Wien	Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung (nur bei Versicherungsverträgen mit Versicherungsnehmern mit Hauptwohnsitz / Geschäftssitz in Österreich)	Ja, teilweise
CRIF Bürgel GmbH	Datenerhebung zur Bonitätsprüfung (nur bei Versicherungsnehmern mit Hauptwohnsitz in Österreich)	Nein
Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG *)	Adressaktualisierung	Nein
IMD Gesellschaft für Informatik und Datenverarbeitung	Rechenzentrum für den übernommenen Bestand der mamax Lebensversicherung AG	Ja, teilweise
Informa HIS GmbH	Datenaustausch über das Hinweis- und Informationssystem (HIS) zur Risiko- und Leistungsfalleinschätzung	Nein
Infoscore Consumer Data GmbH Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden	Datenerhebung zur Bonitätsprüfung	Nein
Medicals Direct Deutschland GmbH	Datenerhebung über Gesundheitszustand für die Risikoprüfung, Unterstützung vor Ort beim Leistungsantrag	Ja
Pro Claims Solutions GmbH	Leistungsprüfung	Ja
Tele2 Telecommunication GmbH *); Österreich, 1220 Wien	Datenaustausch ExtraNet mit Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (nur bei Versicherungsverträgen mit Versicherungsnehmern mit Hauptwohnsitz / Geschäftssitz in Österreich)	Nein

Auftragnehmer, Kooperationspartner Kategorien	Übertragene Aufgaben, Funktionen	Gesundheitsdaten
Adressermittler *)	Adressprüfung	Nein
Auskunfteien *)	Bonitätsprüfung	Nein
Gutachter und Sachverständige (z. B. Ärzte)	Erstellung von Gutachten; Beratungsdienstleistungen	Ja
IT-Dienstleister	Wartungs- und Servicearbeiten; Aktenentsorgung	Ja, teilweise
IT-Druckdienstleister	Druck- und Versanddienstleistungen	Nein
Marktforschungsunternehmen *)	Marktforschung	Nein
Rückversicherer	Risikoprüfung; Leistungsprüfung	Ja
Vermittler	Angebotserstellung, Antrags- und Risikoprüfung; Postservice inkl. Scannen und Zuordnung von Eingangspost; Bestandsverwaltung; Leistungsbearbeitung	Ja, teilweise

A) 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 Versicherungsfalles, 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 Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung des Versicherungsfalles

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 Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherung wird kein Auszahlungsbetrag fällig.

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 Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherung oder bei einer (fondsgebundenen) Rentenversicherung zur Basisversorgung 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 Gefahrsicherung 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 Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsanpassung und der Ausschlussfrist für die Ausübung seiner 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.

B) Informationen zum Datenschutz

Datenschutzhinweis bei Abschluss des Vertrags

Sie finden Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Continentale Lebensversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte in den Allgemeinen Vertragsinformationen und, wie auch weitere Informationen zum Datenschutz, unter www.continentale.de/datenschutz.

C) Weitere Informationen

1. Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen sind / werden der Antrag, dieser Änderungsantrag, der Versicherungsschein sowie die Ihnen vor Ihrer Vertragserklärung ausgehändigten Allgemeinen Vertragsinformationen.

2. Genetische Untersuchungen und Analysen – Durchführung und Verwendung prädiktiver Gentests

Die Continentale Lebensversicherung AG darf nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) 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, es sei denn, es wird eine Versicherungsleistung von mehr als 300.000 Euro als Kapitalauszahlung oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart.

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

Steuerhinweis

Die mit „Steuerhinweis“ gekennzeichneten Änderungsmöglichkeiten können dazu führen, dass der Versicherungsvertrag der vollen Besteuerung unterliegt (Kapitalertragsteuer, Solidaritätszuschlag und gegebenenfalls Kirchensteuer). Der Versicherungsnehmer bestätigt durch seine Unterschrift, dass er hierüber informiert wurde.

CRS / FATCA

Nach dem U.S. Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) und dem Common Reporting Standard (CRS) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) ist die Continentale Lebensversicherung AG als ein deutsches Versicherungsunternehmen bereits bei Vertragsanbahnung verpflichtet, von allem im Ausland steuerlich ansässigen bzw. in den USA steuerpflichtigen Kunden die nach den genannten Abkommen relevanten Steuerinformationen zu erheben und bei Bestehen einer

Meldepflicht die erhobenen Daten an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) zu übermitteln. Stellen Sie uns die notwendigen Informationen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung, müssen Sie ungeachtet einer bestehenden oder nicht bestehenden steuerlichen Ansässigkeit außerhalb Deutschlands damit rechnen, dass Ihre Vertrags- und Personendaten an die örtlichen Steuerbehörden gemeldet werden.

Garantierte versicherte Leistung

Die Beiträge übersteigen unter Umständen in ihrem Gesamtbetrag die garantierte versicherte Leistung.

(* Hinweis für Vermittler des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit:

Dem Änderungsantrag ist ein vollständig ausgefülltes "Beiblatt zur Beratung" beizufügen (ausgenommen sind Versicherungsmakler).

Schlusserklärung und Antragsunterschrift

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, überprüfen Sie bitte alle Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Bitte beachten Sie Abschnitt A) „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 13 des Antrags. Bitte lesen Sie auch die Informationen im Abschnitt B) und C) auf Seite 14.

Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Erklärungen sowie die Datenschutzhinweise bei Abschluss / Änderung des Versicherungsvertrages zum Inhalt des Antrags.

Ort / Datum	Unterschrift des <i>bisherigen</i> Versicherungsnehmers (ggf. mit Firmenstempel) oder der gesetzlichen Vertreter (zum Beispiel bei Minderjährigen) <i>bei Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft</i>	Unterschrift der versicherten Person/en ab Alter 16 (wenn diese abweichend vom Versicherungsnehmer ist/sind) und/oder der gesetzlichen Vertreter (zum Beispiel bei Minderjährigen)
	✕	✕
Unterschrift und Stempel des Vermittlers (* Bitte Hinweis zum "Beiblatt zur Beratung" beachten)	Unterschrift des (neuen) Versicherungsnehmers (ggf. mit Firmenstempel) oder der gesetzlichen Vertreter (zum Beispiel bei Minderjährigen)	Unterschrift und Stempel des Gläubigers, falls Vertrag mit Rechten Dritter belastet ist (zum Beispiel: Abtretung, Verpfändung, Pfändung) oder der unwiderruflich bezugsberechtigten Person bei Vertragsänderungen, die den Leistungsumfang des Vertrags einschränken
✕ VEP-Nummer:	✕	✕

Risikoträger

Continentale Lebensversicherung AG
- Direktion -
Baierbrunner Str. 31-33, D-81379 München
Postfach, D-81357 München
Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),
Dr. Helmut Hofmeier, Alf N. Schlegel
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer

Sitz der Gesellschaft: München
Handelsregister Amtsgericht München B 182 765
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer: DE 124 906 368

Umfang der ärztlichen Untersuchung in Abhängigkeit vom beantragten Versicherungsschutz

Versicherungsschutz				Umfang der ärztlichen Untersuchung
Über	400.000 Euro 1.500 Euro	Todesfall-Leistung mtl. Lebenspartnerrente	oder	Untersuchung auf üblichem Attestformular (Ärztliches Zeugnis) mit den angegebenen Laborwerten inkl. HIV-Test durch praktischen Arzt oder Fachmediziner für innere Medizin.
Über	600.000 Euro 2.500 Euro 2.000 Euro	Todesfall-Leistung mtl. BU / EU-Rente mtl. Lebenspartnerrente	oder oder	Zusätzlich zur Untersuchung auf üblichem Attestformular (siehe oben), jedoch durch den Facharzt für innere Medizin: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ruhe-EKG und ausbelastete Ergometrie. ▪ Cotinintest bei Risikoversicherung für Nichtraucher.
Über	1.000.000 Euro 3.000 Euro 3.000 Euro	Todesfall-Leistung mtl. BU/EU-Rente mtl. Lebenspartnerrente	oder oder	Ergänzend hier außerdem erforderlich: <ul style="list-style-type: none"> ▪ kleine Lungenfunktionsprüfung ▪ Echocardiographie (2 D Echo) ▪ abdominale Sonographie ▪ Elektrophorese ▪ Zusatzlaborwerte: Bilirubin, Harnstoff, GOT, Quick ▪ aktueller Hausarztbericht ▪ bei Frauen: Befund der letzten gynäkologischen Kontrolle

Bei den Summengrenzen ist eine eventuell im Vertrag enthaltene Sofortbonus-Summe bzw. -Rente aus der Überschussbeteiligung zu berücksichtigen. Ebenfalls zu berücksichtigen sind bei der Continentale Lebensversicherung AG bestehende Vorversicherungen der letzten 5 Jahre inklusive ggf. bestehender Todesfall- / Sofortbonus-Summen bzw. Sofortbonus-Renten.

Medical Home Service – als Alternative zur ärztlichen Untersuchung oder als Service für mehr Sicherheit

Die Medicals Direct Deutschland GmbH (Medicals Direct) bietet die Möglichkeit, durch medizinisches Fachpersonal eine Untersuchung oder Beratung bequem zu Hause oder am Arbeitsplatz durchführen zu lassen. Der Antragsteller bzw. die zu versichernde Person kann den Termin sehr flexibel von Montag bis Freitag zwischen 7 und 20 Uhr wählen. Entscheiden Sie sich für den Medical Home Service, bitte dem Antrag unbedingt die Erklärung zum Medical Home Service (#3035) beifügen.

Medical Home Service – als Alternative zur ärztlichen Untersuchung

Die Höhe des beantragten Versicherungsschutzes macht eine ärztliche Untersuchung erforderlich? Nutzen Sie unseren Medical Home Service (MHS) - alternativ zur ärztlichen Untersuchung. Eine medizinische Fachkraft erfasst die Untersuchungsergebnisse und sendet sie für einen einfachen und schnellen Antragsprozess an die Continentale

Der Medical Home Service kann innerhalb folgender Grenzen genutzt werden:

Todesfall-Leistung	über 400.000 Euro bis unter 4.000.000 Euro	oder
mtl. BU-/EU-Rente	über 2.500 Euro bis unter 7.500 Euro	oder
mtl. Lebenspartnerrente	über 2.000 Euro bis unter 3.000 Euro	

Ausfüllverzicht gewünscht?

Entscheiden Sie sich für die „Untersuchung mit dem Medical Home Service“, so können Sie darauf verzichten, die Gesundheitsfragen in „C. Erklärung zum Gesundheitszustand“ auf Seite 9 dieses Antrags zusätzlich auszufüllen. Bitte setzen Sie ggf. für den Ausfüllverzicht ein Kreuz auf Seite 10 Abschnitt „Beigefügte Vereinbarungen / Unterlagen“.

Medical Home Service – als Alternative zur Erklärung zum Gesundheitszustand

Eine ärztliche Untersuchung ist nicht gefordert. Sie wünschen zu Ihrer Sicherheit bei den Gesundheitsfragen (Teil C) im Antrag dennoch professionelle Hilfe? Der Medical Home Service steht Ihnen auch in diesem Fall schnell und kostenlos zur Verfügung. Eine medizinische Fachkraft unterstützt bei der Erklärung zum Gesundheitszustand und sendet diese für einen zügigen Antragsprozess an die Continentale. Sie müssen die Gesundheitsfragen in „C. Erklärung zum Gesundheitszustand“ auf Seite 9 dieses Antrags *nicht* zusätzlich ausfüllen.

Dieser freiwillige Service steht Ihnen innerhalb folgender Grenzen zur Verfügung:

mtl. BU-/EU-Rente	ab 1.500 Euro bis 2.500 Euro
-------------------	------------------------------

Begriffserklärungen

Berufsstatus

Hier ist der zum Zeitpunkt der beantragten Vertragsänderung/en geltende Berufsstatus anzugeben. Daher entfällt beispielsweise bei Schülern und Hausfrauen/-männern jegliche Angabe.

Bei Zeit- und Berufssoldaten entfällt die Angabe ebenfalls, der Berufsstatus wird in dem mit dem Änderungsantrag einzureichenden Bundeswehrfragebogen erfasst. Bei freiwillig Wehrdienstleistenden gilt der vor Aufnahme des Wehrdienstes zuletzt ausgeübte Beruf und Berufsstatus.

Grad der Ausbildung

Eine Meisterprüfung oder eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem anderen, nicht ausgeübten Beruf, führt nicht zu einer Besserstufung in der derzeit ausgeübten Tätigkeit.

Diese Beschränkung gilt nicht bei Akademikern.

Berufsausbildung mit Regelausbildungszeit von 3 Jahren oder mehr

Die Regelausbildungszeit ist die in der jeweiligen Ausbildungsverordnung für die Berufsausbildung festgelegte "Basis"-Zeit. Die im konkreten Einzelfall benötigte Zeit bis zum Abschluss der Ausbildung kann sowohl kürzer als auch länger sein.

Ein kaufmännischer Abschluss wird mit einem Prüfungszeugnis (IHK) im kaufmännischen Bereich oder einem Kaufmannsgehilfenbrief (IHK) nachgewiesen.

Der Abschluss zum Verwaltungsfachangestellten (VFA) ist der abgeschlossenen kaufmännischen Ausbildung gleichgestellt.

Ein Abschluss Industrie wird mit einem Prüfungszeugnis (IHK) im Bereich Industrie oder einem Facharbeiterbrief (IHK) nachgewiesen.

Ein handwerklicher Abschluss wird mit einem Prüfungszeugnis (Handwerksordnung / HwO) oder einem Gesellenbrief (Handwerkskammer / HWK) nachgewiesen.

Akademiker / Student Uni / FH / DH

Akademiker sind Personen, die einen akademischen Grad einer deutschen Hochschule gemäß den Hochschulgesetzen der jeweiligen Bundesländer (zum Beispiel Universität; Technische Universität (TU), Fachhochschule (FH) nachweisen können (Diplom, Bachelor, Master, Staatsexamen). Duale Hochschulen (DH) führen zu einem akademischen Abschluss in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz. Nicht zu den Akademikern zählen Absolventen von Berufsakademien (BA).

Ein ausländischer akademischer Grad einer Universität wird anerkannt, wenn der Abschluss der internationalen Universität in Deutschland als Abschluss anerkannt ist.

Bei Studenten einer Hochschule, die zu einem akademischen Abschluss führt, wird bereits während des Studiums ein akademischer Abschluss unterstellt.

Leitende Tätigkeit mit mindestens 5 personell unterstellten Vollzeitkräften

Bei der Bestimmung der Anzahl der Vollzeitkräfte werden alle personell unterstellten Vollzeitkräfte sowie anteilig auch die personell unterstellten teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden Mitarbeiter auf 450-Euro- oder 1-Euro-Basis sowie sonstige Aushilfskräfte und Mitarbeiter mit Zeitarbeitsverträgen unter sechs Monaten.

Bürotätigkeit / Aufsichtsführung

Bürotätigkeit und Aufsichtsführung können sich nur dann auf die Tarifierung auswirken, wenn die Summe aus Bürotätigkeit und Aufsichtsführung zusammen mindestens 75 % der Gesamttätigkeit ausmacht.

Bürotätigkeit umfasst das Ausüben von Aufgaben wie Verwaltung, Organisation, Planung, Entwicklung, Beratung oder auch kaufmännische Tätigkeiten in einem Büro. Tätigkeiten im Rahmen eines Arztpraxisbetriebs fallen nicht unter den Begriff Bürotätigkeit.

Aufsichtsführung bedeutet die Überwachung, Kontrolle und Steuerung von fachlich unterstellten Mitarbeitern, um Schäden zu vermeiden oder um zu garantieren, dass die Tätigkeiten nach vorhandenen Standards beziehungsweise Vorschriften erledigt werden (Sicherstellung der Qualität der erledigten Tätigkeiten). Die Aufsichtsführung erfolgt ohne eigene Mitarbeit. Die Ausbildung von Mitarbeitern zählt nicht zur Aufsichtsführung.