

Antrag

Berufsunfähigkeits-Versicherung

Continentale PremiumBU

Tarif PBU

Continentale PremiumBU Start

Tarif PBUS

Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

Continentale PremiumEU

Tarif PEU

Continentale PremiumEU Start

Tarif PEUS

Stand: 01.08.2019

Continentale Lebensversicherung AG

Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit

Baierbrunner Straße 31-33, D-81379 München

www.continentale.de

┌

┌

└

└

Antrag Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

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 einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 7 dieses Antrags.

Vertriebspartner / interne Vermerke

VEP-Name	Telefon-Nr.
VEP-Nr.	Fremd-Nr. 1
Antrags-Nr.	Versicherungs-Nr.
Adress-Konto-Nr.	AKZ
Kunden-Nr. (sofern bekannt)	Weiterer Vertrag im Verbund
Versand Versicherungsschein an VEP	
<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> ___ Kopie(n)

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Frau <input type="checkbox"/>	Herr <input type="checkbox"/>	Firma <input type="checkbox"/>	Nachname/Firma	Vorname
Straße, Hausnummer			Postleitzahl	Wohnort
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Telefonnummer für Rückfragen ¹	E-Mailadresse ¹	
Berufsstatus (zusätzliche Begriffserläuterungen siehe Seite 9)				
<input type="checkbox"/> Selbstständiger/ Freiberufler	<input type="checkbox"/> Ange- stellter	<input type="checkbox"/> Arbeiter	<input type="checkbox"/> Öfftl. Dienst	<input type="checkbox"/> Beamter
<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Uni/FH/DH	<input type="checkbox"/> Auszubildender/ BA-Student/ sonst. Student	Beruf (zurzeit ausgeübt), Branche bzw. Studienrichtung	

¹ freiwillige Angabe zum Zweck der vertraglichen Kommunikation

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)

Frau <input type="checkbox"/>	Herr <input type="checkbox"/>	Nachname	Vorname	Staatsangehörigkeit
Straße, Hausnummer			Postleitzahl	Wohnort
Geburtsdatum	Telefonnummer für Rückfragen ¹	E-Mailadresse ¹		
Berufsstatus (zusätzliche Begriffserläuterungen siehe Seite 9)				
<input type="checkbox"/> Selbstständiger/ Freiberufler	<input type="checkbox"/> Ange- stellter	<input type="checkbox"/> Arbeiter	<input type="checkbox"/> Öfftl. Dienst	<input type="checkbox"/> Beamter
<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Uni/FH/DH	<input type="checkbox"/> Auszubildender/ BA-Student/ sonst. Student	Beruf (zurzeit ausgeübt), Branche bzw. Studienrichtung	

¹ freiwillige Angabe zum Zweck der vertraglichen Kommunikation

Nur bei betrieblicher Altersversorgung: Bei der zu versichernden Person handelt es sich um eine Person außerhalb des persönlichen Geltungsbereichs des BetrAVG (z.B. beherrschender Gesellschafter-Geschäftsführer).

Zusätzliche Angaben zur zu versichernden Person – bitte immer beantworten (zusätzliche Erläuterungen siehe Seite 9)

Grad der Ausbildung	<input type="checkbox"/> Akademiker (Uni / FH / DH)	<input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung mit Regelausbildungszeit von 3 Jahren oder mehr in der derzeitigen ausgeübten Tätigkeit	Haben Sie eine leitende Tätigkeit mit mindestens 5 personell unterstellten Vollzeitkräften?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> abgeschlossene Meisterprüfung in der derzeitigen ausgeübten Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Kaufmännischer Abschluss (IHK o. VFA)	<input type="checkbox"/> Abschluss Industrie (IHK)	Üben Sie zu mindestens 75 % eine Bürotätigkeit (Innendienst) und/oder Aufsichtstätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Handwerkerlicher Abschluss (HwO o. HWK)					

Weitere Vertragsdaten

Bezugsberechtigung (bitte immer namentlich benennen):

Bezugsberechtigter für den Erlebensfall der versicherten Person (falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer)	Nach- und Vorname	Geburtsdatum
Bezugsberechtigter für den Todesfall der versicherten Person, sofern noch Leistungen fällig werden (falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer oder seine Erben)	Nach- und Vorname	Geburtsdatum

Rechtsnachfolge. Ist der Versicherungsnehmer (VN) nicht zugleich versicherte Person, so soll im Falle seines Todes die versicherte Person, sofern diese bei Antragstellung volljährig ist, den Vertrag als neuer VN weiterführen. Eine abweichende Regelung bitte ggf. unter Besondere Vereinbarungen vermerken (mit Unterschrift des volljährigen Rechtsnachfolgers). Die Rechtsnachfolge kann vom VN jederzeit in Textform widerrufen werden.

Besondere Vereinbarungen zu Bezugsberechtigung und Rechtsnachfolge

Sonstige Erklärungen und Vereinbarungen

Besondere Vereinbarungen

Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig (z. B. über Darlehensvergabe)? Wenn ja, von welchen?

Handelt es sich um eine betriebl. Altersversorgung? Wenn ja, Eintritt in den Betrieb am	Versorgungszusage ab	Bilanzmonat
-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------	-------------

Leistungen/Tarifdaten – Tarife PBU, PEU

In Verbindung mit einer Direktversicherung können das Karriere-, das Pflege- und das Plus-Paket nicht gewählt werden.

Berufsunfähigkeits-Versicherung

Tarif PBU
Continentrale PremiumBU mit Karriere-Paket Pflege-Paket Plus-Paket

Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

Tarif PEU
Continentrale PremiumEU mit Karriere-Paket Pflege-Paket

Versicherungsbeginn

01 . Monat . Jahr

Rente monatlich nachschüssig

EUR

Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer

Angaben mit Endalter

Versicherungs- und Beitragszahlungs-Endalter Jahre
Leistungs-Endalter Jahre

oder

Angaben mit Dauern

Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer Jahre Monate
Leistungsdauer (gerechnet ab Versicherungsbeginn) Jahre Monate

Beitragszahlungsweise

1/12 1/4 1/2 1/1

Karenzeit für die Rentenzahlung (nicht in Verbindung mit Plus-Paket)

ja Monate

Überschussbeteiligung für die Zeit, in der keine Leistung wegen Berufs-/ Erwerbsunfähigkeit erfolgt (falls keine Eintragung: Beitragsverrechnung)

Beitragsverrechnung Verzinsliche Ansammlung Sofortbonus

Sofortkapital bei Berufs-/ Erwerbsunfähigkeit (nicht in Verbindung mit Karenzeit oder Direktversicherung)

ja

Leistungsdynamik bei Berufs-/ Erwerbsunfähigkeit

Jährliche Steigerung der BU- bzw. EU-Rente bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit (0,1% bis 3,0%)

0,5% 1,0% 1,5% 2,0% 2,5% 3,0% %

Anderer Prozentsatz

Dynamik – Jährliche automatische Anpassung des laufenden Beitrags der Versicherung

im gleichen Verhältnis wie der Verbraucherpreisindex, mindestens um 2%, höchstens um 6%

um einen gleichbleibenden Satz von %¹ (ganzzahlig 2 - 5%)

1 Bei Vereinbarung einer Anpassung um gleichbleibend 4 oder 5 Prozent: Übersteigt bei der Anpassung die erreichte monatliche Rente (ggf. inkl. Sofortbonus) erstmalig die Höhe von 2.500 Euro, so erfolgen alle weiteren Anpassungen dann im gleichen Verhältnis wie der Verbraucherpreisindex, mindestens um 2%, höchstens um 6%.

2 Die Höhe der Überschussbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

Beitrag
entsprechend Zahlungsweise

Beitrag EUR

Zahlbetrag
bei Beitragsverrechnung²
 EUR

2 Die Höhe der Überschussbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

Leistungen/Tarifdaten – Tarife PBUS, PEUS

In Verbindung mit einer Direktversicherung können diese Tarife nicht gewählt werden.

Berufsunfähigkeits-Versicherung

Tarif PBUS
Continentrale PremiumBU Start mit Karriere-Paket Pflege-Paket Plus-Paket

Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

Tarif PEUS
Continentrale PremiumEU Start mit Karriere-Paket Pflege-Paket

Versicherungsbeginn

01 . Monat . Jahr

Rente monatlich nachschüssig

EUR

Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer

Angaben mit Endalter

Versicherungs- und Beitragszahlungs-Endalter Jahre
Leistungs-Endalter Jahre

oder

Angaben mit Dauern

Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer Jahre Monate
Leistungsdauer (gerechnet ab Versicherungsbeginn) Jahre Monate

Beitragszahlungsweise

1/12 1/4 1/2 1/1

Karenzeit für die Rentenzahlung (nicht in Verbindung mit Plus-Paket)

ja Monate

Überschussbeteiligung für die Zeit, in der keine Leistung wegen Berufs-/ Erwerbsunfähigkeit erfolgt (falls keine Eintragung: Beitragsverrechnung)

Beitragsverrechnung Verzinsliche Ansammlung Sofortbonus

Sofortkapital bei Berufs-/ Erwerbsunfähigkeit (nicht in Verbindung mit Karenzeit)

ja

Leistungsdynamik bei Berufs-/ Erwerbsunfähigkeit

Jährliche Steigerung der BU- bzw. EU-Rente bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit (0,1% bis 3,0%)

0,5% 1,0% 1,5% 2,0% 2,5% 3,0% %

Anderer Prozentsatz

Dynamik – Jährliche automatische Anpassung des laufenden Beitrags der Versicherung ab dem 9. Versicherungsjahr

im gleichen Verhältnis wie der Verbraucherpreisindex, mindestens um 2%, höchstens um 6%

um einen gleichbleibenden Satz von %¹ (ganzzahlig 2 - 5%)

1 Bei Vereinbarung einer Anpassung um gleichbleibend 4 oder 5 Prozent: Übersteigt bei der Anpassung die erreichte monatliche Rente (ggf. inkl. Sofortbonus) erstmalig die Höhe von 2.500 Euro, so erfolgen alle weiteren Anpassungen dann im gleichen Verhältnis wie der Verbraucherpreisindex, mindestens um 2%, höchstens um 6%.

2 Die Höhe der Überschussbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

Beitrag
entsprechend Zahlungsweise
(50% des Zielbeitrags)

Anfänglicher Beitrag EUR

Anfänglicher Zahlbetrag
bei Beitragsverrechnung²
 EUR

Der Beitrag steigt vom 4. bis zum 8. Versicherungsjahr jährlich an.

2 Die Höhe der Überschussbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

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 einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 7 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 prädiagnostischen Gentests brauchen Sie in der Regel nicht zu machen (s. Erläuterung auf Seite 8). Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Antragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne stellen, um dann aktuell eine Antragsentscheidung treffen zu können.

A. Allgemeine Fragen zur persönlichen Situation

- Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf ausgesetzt (z. B. Umgang mit gesundheitsgefährdenden, radioaktiven, explosiven Stoffen oder Strahlen, Aufenthalt in Krisengebieten)? ja nein
 - Betreiben Sie Sportarten oder Hobbys, bei denen besondere Gefahren bestehen (z. B. Flugrisiko / Drachenfliegen / Fallschirmspringen, Klettern, Tauchen, Extremsportarten, Kampfsportarten, Teilnahme an Wettbewerben / Rennfahrten)? ja nein
- Beabsichtigen Sie, sich innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in einem Land außerhalb der Europäischen Union aufzuhalten? Grund des Auslandsaufenthalts? (Nicht angeben sind Aufenthalte in der Schweiz, in Island, in Norwegen, in Kanada oder in den USA) Falls ja, bitte den „Fragebogen Auslandsaufenthalt“ beifügen. ja nein
- Bestehen bereits Lebensversicherungen oder sind solche beantragt? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens? ja nein
- Wurden in den letzten **5 Jahren** Anträge auf Lebensversicherung abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? ja nein
Weshalb? Wann? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens?

Bitte ggf. Zusatzfragebogen beifügen.

B. Besondere Risikofragen zur Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

- Sind Sie Raucher, haben Sie also in den letzten zwölf Monaten aktiv, wenn auch nur gelegentlich, Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen? ja nein
- 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? ja nein
- Wurden in den letzten **5 Jahren** Anträge auf Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, oder Grundfähigkeitsversicherung (auch Zusatzversicherung) abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? ja nein
Weshalb? Wann? Höhe der monatl. Rente in Euro? Name des Unternehmens?
- Beabsichtigen Sie mit der beantragten Versicherung einen bestehenden Vertrag abzulösen? ja nein
Wenn ja, welchen? Bis wann? Höhe der monatlichen Rente in Euro? Name des Unternehmens?
- Haben Sie in den letzten **5 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? Wenn ja, wann und weshalb? ja nein
- Nur auszufüllen bei Gesamtrenten¹ über 1.000 Euro (bei Ärzten über 1.500 Euro) monatlich (ggf. jeweils inkl. Sofortbonus):
 - Arbeitnehmer:** jährliches Nettoarbeitsseinkommen EUR
 - Selbstständige:** Gewinn/Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre (aus selbstständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb ohne Vermietung und Verpachtung)

Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR
Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR
Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR

 Beginn der Selbstständigkeit
 - betriebliche Altersversorgung:** jährliches Bruttoarbeitsseinkommen EUR
 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 Versorgungsansprüche aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen mit einzubeziehen.

C. Erklärung zum Gesundheitszustand (Ausfüllverzicht siehe Seite 9)

- Größe cm Gewicht kg
- Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten **5 Jahren** Krankheiten oder Beschwerden
 - des Herzens oder des Kreislaufs** (z. B. ärztlich diagnostizierter Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Thrombose, Venenleiden, Durchblutungsstörungen)? ja nein
 - der Atmungsorgane** (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe)? ja nein
 - 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
 - an Niere und Harnwegen, Prostata, Geschlechtsorganen** (z. B. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin)? ja nein
 - des Stoffwechsels** (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)? ja nein
 - durch akute oder chronische Infektionen** (z. B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose)? ja nein
 - des Gehirns und Nervensystems** (z. B. Anfallsleiden, Lähmungen, Parkinson, Migräne)? ja nein
 - der Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen** (z. B. Bewegungseinschränkungen, Hüftgelenk-Fehlstellung, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, rheumatische Beschwerden, Fibromyalgie)? ja nein
 - der Haut** (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte)? ja nein
 - der Augen** (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Sehstörungen, Horn- und Netzhauterkrankung, Star-Erkrankung, erhöhter Augeninnendruck)? ja nein
 - der Ohren** (z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Lärmschaden, Gleichgewichtsstörungen)? ja nein
- durch Allergien** (z. B. Heuschnupfen, Hausstauballergie, Lebensmittelallergien, sonstige Unverträglichkeiten)? ja nein
- Haben Sie in den letzten **5 Jahren** über einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen täglich Medikamente eingenommen? ja nein
- Wurden Sie in den letzten **5 Jahren** in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder Kureinrichtungen untersucht, behandelt oder operiert? ja nein
- 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
- Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten **10 Jahren** Krankheiten oder Beschwerden
 - 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
 - der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen** (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie, Zyste, Lymphknoten)? ja nein
- 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
- Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen bzw. dauerhafte körperliche Behinderungen? Wenn ja, welche/aufgrund welchen Leidens (z. B. Multiple Sklerose, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, rheumatoide oder infektiöse Erkrankungen)? ja nein
Besteht ein Grad der Behinderung (GdB), ein Grad der Schädigungsfolge (GdS)/eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)?
- Sind Sie zurzeit mit Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung krankgeschrieben? ja nein
- Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test) oder warten Sie noch auf das Ergebnis eines durchgeführten AIDS-Tests? ja nein
- 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 4.

Zusätzliche Angaben zu den mit „Ja“ beantworteten Fragen A. 1. – 4. und B. 1. – 5.

Zu Frage Nr.	

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 Nr.	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, Kureinrichtungen mit Anschrift

Bitte auch Ihnen vorliegende Befunde/Krankenhaus- oder Kurenlassungsberichte mit einreichen.

Beigefügte Vereinbarungen/Unterlagen

Erklärung zum Medical Home Service # 3035 (siehe Seite 9)
 Mit ärztlicher Untersuchung
 Weitere Angaben auf unterschriebenem Extrablatt
 Weitere Angaben Direktversicherung # 3499
 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 Vertrags 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 Versicherungsvertrags 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 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 Leistungsfallprüfung 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.

3109/08.2019 ■ Antrag PBU/PEU, PBU/PEUS

Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (Fortsetzung)

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 Schweigepflichtentbindungserklärungen 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 die 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 Leistungsfallbearbeitung 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. Eine aktuelle Liste erhalten Sie im Internet unter www.continentale.de/datenchutz. 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 Interessensabwägung 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 und 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 Vermittlervertrags 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 Vertrags, 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 Vertrags, 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.

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 Angabe 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.

SEPA-Lastschriftmandat

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).

Sofern Sie der Continentale Krankenversicherung a. G. bereits ein Rahmenmandat erteilt haben, werden wir dieses auch für die Einziehung der fälligen Beträge aus diesem Vertrag nutzen.

Wenn Sie kein Rahmenmandat erteilen oder einer Einbeziehung dieses Vertrags 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.

Familienname und Vorname des Kontoinhabers / Firma Kontoinhaber

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

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 Betrags 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 Betrags informiert werde.

Name und Ort des Kreditinstituts

IBAN

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers und/oder der gesetzlichen Vertreter, z. B. bei Minderjährigen

Empfangsbestätigung bei Beantragung einer Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PBU oder Tarif PBUS

Ich bestätige, dass ich die folgenden Unterlagen erhalten habe:

Stand (Datum siehe Titelblatt der Allg. Vertragsinformationen)

- Allgemeine Vertragsinformationen Tarif PBU **oder**
- Allgemeine Vertragsinformationen Tarife PBUS, PEUS
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten – Berufsunfähigkeits-Versicherung – Tarife PBU, PBUS
- Individuelle Vertragsinformationen unter Berücksichtigung der individuellen Angaben in diesem Antrag
- „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 7.

Die **Allgemeinen Vertragsinformationen** enthalten unter anderem die Widerrufsbelehrung, die Versicherungsbedingungen, allgemeine Hinweise zu den Steuerregelungen und die Datenschutzhinweise.

Unterschrift des Antragstellers / ggf. der gesetzlichen Vertreter

Empfangsbestätigung bei Beantragung einer Erwerbsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PEU oder Tarif PEUS

Ich bestätige, dass ich die folgenden Unterlagen erhalten habe:

Stand (Datum siehe Titelblatt der Allg. Vertragsinformationen)

- Allgemeine Vertragsinformationen Tarif PEU **oder**
- Allgemeine Vertragsinformationen Tarife PBUS, PEUS
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten – Erwerbsunfähigkeits-Versicherung – Tarife PEU, PEUS
- Individuelle Vertragsinformationen unter Berücksichtigung der individuellen Angaben in diesem Antrag
- „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 7.

Die **Allgemeinen Vertragsinformationen** enthalten unter anderem die Widerrufsbelehrung, die Versicherungsbedingungen, allgemeine Hinweise zu den Steuerregelungen und die Datenschutzhinweise.

Unterschrift des Antragstellers / ggf. der gesetzlichen Vertreter

Zielmarkt (Bestätigung des Vermittlers)

Der Verkauf des Versicherungsprodukts erfolgt innerhalb des Zielmarktes.

Abweichend: Der Verkauf erfolgt nicht innerhalb des Zielmarktes und die Begründung ist auf einem Zusatzblatt beigefügt.

Schlusserklärung und Antragsunterschriften

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 7 des Antrags. Bitte lesen Sie auch die Informationen in den Abschnitten B) und C) auf Seite 8. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Erklärungen zum Inhalt des Antrags.

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor dem Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

Datum

Unterschrift des Antragstellers und/oder der gesetzlichen Vertreter, z. B. bei Minderjährigen

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person ab Alter 16 und/oder der gesetzlichen Vertreter, z. B. bei Minderjährigen

Unterschrift des Vermittlers

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 versichernde Person. 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 die 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 oder den Umfang seiner Leistungspflicht

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Bei einer 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 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

Datenschutzhinweise

Sie finden die 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.

Datenschutzhinweise bei abweichendem Beitragszahler

Übernimmt eine andere als eine am Vertrag beteiligte Person die Beitragszahlung, erhält sie die Datenschutzhinweise mit der Vorankündigung zum SEPA-Lastschriftinzug, wenn und soweit sie nicht bereits über die Informationen verfügt.

C) Weitere Informationen

1. Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen werden Ihr Antrag, 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.

3. Antragsdurchschrift

Eine Durchschrift dieses Versicherungsantrags wird dem Antragsteller nach Unterzeichnung des Antrags sofort ausgehändigt.

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

USt-ID-Nr: DE 124 906 368

Umfang der ärztlichen Untersuchung in Abhängigkeit vom beantragten Versicherungsschutz

Unabhängig von diesen Grenzen sind die Gesundheitsfragen immer vollständig zu beantworten.
(Ausfüllverzicht siehe Medical Home Service)

Versicherungsschutz	Umfang der ärztlichen Untersuchung
Über 400.000 EUR 2.500 EUR 1.500 EUR	Todesfall-Leistung oder mtl. BU-/EU-Rente oder mtl. Lebenspartnerrente
Über 1.000.000 EUR 3.000 EUR 2.000 EUR	Todesfall-Leistung oder mtl. BU-/EU-Rente oder mtl. Lebenspartnerrente

Bei den Summengrenzen ist eine eventuell beantragte 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 EUR	bis	unter 4.000.000 EUR	oder
mtl. BU-/EU-Rente	über 2.500 EUR	bis	unter 7.500 EUR	oder
mtl. Lebenspartnerrente	über 2.000 EUR	bis	unter 3.000 EUR	

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 3 dieses Antrags zusätzlich auszufüllen. Bitte setzen Sie ggf. für den Ausfüllverzicht ein Kreuz auf Seite 4 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 3 dieses Antrags nicht zusätzlich ausfüllen.

Dieser freiwillige Service steht Ihnen innerhalb folgender Grenzen zur Verfügung:

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

Begriffserläuterungen

Berufsstatus

Hier ist der zum Zeitpunkt der Antragstellung 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 Antrag 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 (z. B. 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 ihres 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 kaufmännischen 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 bzw. Vorschriften erledigt werden (Sicherstellung der Qualität der erledigten Tätigkeiten). Die Aufsichtsführung erfolgt ohne eigene Mitarbeit. Die Ausbildung von Mitarbeitern zählt nicht zur Aufsichtsführung.