

# Kombiantrag

## Berufsunfähigkeits-Versicherung

**Continentale PremiumBU**

**Tarif PBU**

**Continentale PremiumBU Start**

**Tarif PBUS**

Continentale Lebensversicherung AG

Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit

Baierbrunner Straße 31-33, D-81379 München

[www.continentale.de](http://www.continentale.de)

## Krankenversicherung

**Krankentagegeldversicherung**

**Tarife V-U/VA-U**

**Optionstarif**

**Tarif AV-P1**

**Pflegezusatzversicherung**

**Tarife PZ-U,**

**PG-K-plus, PG-K, PG-E, PG-C**

Continentale Krankenversicherung a.G.

Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit

Ruhrallee 92, D-44139 Dortmund

[www.continentale.de](http://www.continentale.de)

Stand: 01.08.2019

# Antrag Berufsunfähigkeits-Versicherung, Krankentagegeld-, Pflegezusatzversicherung und Optionstarif zur Krankenversicherung

**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.	Adress-Konto-Nr.	AKZ
		00101
Antrags-Nr. (LV)	Versicherungs-Nr. (LV)	
Antrags-Nr. (KV)	Versicherungs-Nr. (KV)	
Fremd-Nr. 1	Fremd-Nr. 2	
Kunden-Nr. (sofern bekannt)	Weiterer Vertrag im Verbund	

## Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Frau <input type="checkbox"/>	Herr <input type="checkbox"/>	Firma <sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	Nachname/Firma	Vorname <sup>1</sup>
Straße, Hausnummer <sup>1</sup>			Postleitzahl <sup>1</sup>	Wohnort <sup>1</sup>
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit		Telefonnummer für Rückfragen <sup>2</sup>	E-Mailadresse <sup>2</sup>

Berufsstatus (Kennzahl für den Berufsstatus ist **immer** einzutragen – Weitere Begriffserläuterungen siehe Seite 9)

Kennzahl für Berufsstatus	Selbstständig/ Freiberufler seit dem	<input type="checkbox"/> Angestellter	<input type="checkbox"/> Arbeiter	<input type="checkbox"/> Öfftl. Dienst	<input type="checkbox"/> Beamter	<input type="checkbox"/> Student Uni/FH/DH	<input type="checkbox"/> Auszubildender/ BA-Student/ sonst. Student	Beruf (zurzeit ausgeübt), Branche bzw. Studienrichtung
---------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------------------	--	----------------------------------	--	---	--

1 Vollständiger Name / Hauptwohnsitz laut Melderegister (siehe 5. „Datenübermittlung an Auskunfteien und Einwilligung in die Bonitätsprüfung“ innerhalb der „Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“) 2 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 <sup>1</sup>		E-Mailadresse <sup>1</sup>	

Berufsstatus (Kennzahl für den Berufsstatus ist **immer** einzutragen – Weitere Begriffserläuterungen siehe Seite 9)

Kennzahl für Berufsstatus	Selbstständig/ Freiberufler seit dem	<input type="checkbox"/> Angestellter	<input type="checkbox"/> Arbeiter	<input type="checkbox"/> Öfftl. Dienst	<input type="checkbox"/> Beamter	<input type="checkbox"/> Student 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

## 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 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 Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Kaufmännischer Abschluss (IHK o. VFA)	<input type="checkbox"/> Abschluss Industrie (IHK)	<input type="checkbox"/> Handwerkerlicher Abschluss (HwO o. HWK)	Üben Sie zu mindestens 75 % eine Bürotätigkeit (Innendienst) und/oder Aufsichtstätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Weitere Vertragsdaten

**Bezugsberechtigung** (bitte **immer** namentlich benennen):

Bezugsberechtigigt für den <b>Erlebensfall</b> der versicherten Person (falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer)	Familien- und Vorname	Geburtsdatum
Bezugsberechtigigt für den <b>Todesfall</b> der versicherten Person, sofern noch Leistungen fällig werden (falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer oder seine Erben)	Familien- 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?

**Leistungen/Tarifdaten – Tarif PBU** bei der Continentale Lebensversicherung AG, München

**Tarif PBU**  
 Continentale PremiumBU mit  **Karriere-Paket**  **Pflege-Paket**  **Plus-Paket**  
 Versicherungsbeginn  
 01 . Monat . Jahr \_\_\_\_\_  
 Rente monatlich nachschüssig  
 \_\_\_\_\_ EUR

**Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer**

Angaben mit Endalter		Angaben mit Dauern	
Versicherungs- und Beitragszahlungs-Endalter	Leistungs-Endalter	Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer	Leistungsdauer (gerechnet ab Versicherungsbeginn)
_____ Jahre	_____ Jahre	_____ Jahre   _____ Monate	_____ Jahre   _____ Monate

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

**Sofortkapital bei Berufsunfähigkeit**  
 ja  nein  
 Leistungsdynamik bei Berufsunfähigkeit  
 Jährliche Steigerung der BU-Rente bei Berufsunfähigkeit (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 \_\_\_\_\_ %<sup>1</sup> (ganzzahlig 2-5%),  
<sup>1</sup> 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%.  
<sup>2</sup> Die Höhe der Überschussbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

**Beitrag entsprechend Zahlungsweise**

Beitrag PBU \_\_\_\_\_ EUR

Zahlbetrag PBU bei Beitragsverrechnung<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ EUR

Beitrag für Optionstarif AV-P1 \_\_\_\_\_ EUR

Beitrag für Krankentagegeldversicherung \_\_\_\_\_ EUR

Beitrag für Pflegezusatzversicherung \_\_\_\_\_ EUR

**Gesamt-Zahlbetrag der beantragten Versicherungen<sup>2</sup>** \_\_\_\_\_ EUR

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

**Leistungen/Tarifdaten – Tarif PBUS** bei der Continentale Lebensversicherung AG, München

**Tarif PBUS**  
 Continentale PremiumBU Start mit  **Karriere-Paket**  **Pflege-Paket**  **Plus-Paket**  
 Versicherungsbeginn  
 01 . Monat . Jahr \_\_\_\_\_  
 Rente monatlich nachschüssig  
 \_\_\_\_\_ EUR

**Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer**

Angaben mit Endalter		Angaben mit Dauern	
Versicherungs- und Beitragszahlungs-Endalter	Leistungs-Endalter	Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer	Leistungsdauer (gerechnet ab Versicherungsbeginn)
_____ Jahre	_____ Jahre	_____ Jahre   _____ Monate	_____ Jahre   _____ Monate

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

**Sofortkapital bei Berufsunfähigkeit**  
 ja  nein  
 Leistungsdynamik bei Berufsunfähigkeit  
 Jährliche Steigerung der BU-Rente bei Berufsunfähigkeit (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 \_\_\_\_\_ %<sup>1</sup> (ganzzahlig 2-5%),  
<sup>1</sup> 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%.  
<sup>2</sup> Die Höhe der Überschussbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

**Beitrag entsprechend Zahlungsweise**

Anfänglicher Beitrag PBUS (50% des Zielbeitrags) \_\_\_\_\_ EUR

Anfänglicher Zahlbetrag PBUS bei Beitragsverrechnung<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ EUR

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

Beitrag für Optionstarif AV-P1 \_\_\_\_\_ EUR

Beitrag für Krankentagegeldversicherung \_\_\_\_\_ EUR

Beitrag für Pflegezusatzversicherung \_\_\_\_\_ EUR

**Gesamt-Zahlbetrag der beantragten Versicherungen<sup>2</sup>** \_\_\_\_\_ EUR

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

**Leistungen/Tarifdaten – Optionstarif AV-P1, Krankentagegeldversicherung und Pflegezusatzversicherung** bei der Continentale Krankenversicherung a. G., Dortmund

**Versicherungsbeginn:** Der Versicherungsbeginn entspricht dem Versicherungsbeginn der Berufsunfähigkeits-Versicherung.  
**Vertragsdauer:** Die Vertragsdauer ergibt sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife. Sollte dort keine Regelung vorhanden sein, so gilt eine Vertragsdauer von einem Versicherungsjahr. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.  
**Beitragszahlungsweise:** Die Beitragszahlungsweise entspricht der Beitragszahlungsweise der Berufsunfähigkeits-Versicherung.

**Optionstarif AV-P1** \_\_\_\_\_ oder  Ende der Versicherungspflicht oder einer Familienversicherung/Entstehen eines neuen eigenen Beihilfeanspruchs oder  Eintritt der Versicherungspflicht/Entstehen eines neuen eigenen Beihilfeanspruchs

**Krankentagegeldversicherung / Pflegezusatzversicherung**

Tarif	Beitrag EUR	Tarif	Beitrag EUR	Tarif	Beitrag EUR	Tarif	Beitrag EUR
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**Erklärungen des Antragstellers für die zu versichernde Person zur Krankentagegeldversicherung**

Bei der Ermittlung der Höhe des täglichen Krankentagegeldes ist  ein Anteil für Zahlungen an die Rentenversicherung (weil privat versichert)  ein Anteil für Zahlungen an die Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosenversicherung (weil gesetzlich versichert)  kein Anteil für Zahlungen an die Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosenversicherung oder Ersatzleistungen (z.B. berufsständisches Versorgungswerk) berücksichtigt.

A. ist selbstständig  nein  ja und zwar  nein  ja als niedergelassener Arzt, Zahnarzt, Tierarzt in eigener Praxis tätig: \_\_\_\_\_ seit dem \_\_\_\_\_  
 nur aufsichtsführend tätig:  Anzahl der Arbeitnehmer<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_  
 Eintragung im Handelsregister:  nein  ja  am \_\_\_\_\_  
 Gewerbeanmeldung/Zulassung:  \_\_\_\_\_

B. Höhe der durchschnittlichen monatlichen Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit (Nettoeinkommen bei Arbeitnehmern / 75 % vom Gewinn bei Selbstständigen / 75 % der Betriebseinnahmen bei Ärzten): \_\_\_\_\_  
 Gehalts- / Lohnfortzahlung sowie sonstige Zahlungen des Arbeitgebers bei einer Arbeitsunfähigkeit (Dauer/Beitrag/% vom Nettoeinkommen, gegebenenfalls Staffelung angeben): \_\_\_\_\_

1 alle Arbeitnehmer mit regelmäßigem monatlichem Einkommen über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV – den aktuellen Wert bitte erfragen bzw. im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 (1) 1, 8 a SGB IV nicht mehr als 450 EUR

**Ich beantrage den Erlass der Wartezeit:**  aufgrund einer ärztlichen Untersuchung Ein ärztliches Zeugnis  wird nachgereicht  liegt bei.  
 wegen Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung Ein Nachweis  wird nachgereicht  liegt bei.

3096/08.2019 ■ Antrag PBU/PBUS + KT + Pflege + AV-P1

## 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 Antrages.**

**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 Continentale Versicherungsverbundes 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

Bitte ggf. Zusatzfragebogen beifügen.
- 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.  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?

### 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
- 6. Nur auszufüllen bei Gesamtrenten<sup>1</sup> über 1.000 Euro (bei Ärzten über 1.500 Euro) monatlich (ggf. jeweils inkl. Sofortbonus):**
- |  |                      |     |
|--|----------------------|-----|
| <b>Arbeitnehmer:</b><br>jährliches Nettoarbeitseinkommen   | <input type="text"/> | EUR |
| <b>Selbstständige:</b><br>Gewinn/ Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre<br>(aus selbstständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb ohne Vermietung und Verpachtung) | <input type="text"/> | EUR |
|  | <input type="text"/> | EUR |
|  | <input type="text"/> | EUR |
| Beginn der Selbstständigkeit   | <input type="text"/> |     |
- Bei Gesamtrenten<sup>1</sup> über 2.500 Euro monatlich bitte Einkommensnachweise bzw. Nachweise über den Gewinn/ Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre einreichen.
- <sup>1</sup> 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 (bei Berufsunfähigkeits-, Krankentagegeld- und Pflegezusatzversicherung sowie beim Optionstarif AV-P1)

- 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, Veranpassungen 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, Meniskussschaden, rheumatische Beschwerden, Fibromyalgie)?  ja  nein
  - der Haut** (z.B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte)?  ja  nein
  - der Augen** (z.B. Fehlsichtigkeit ab 6 Dioptrien, Sehstörungen, Horn- und Netzhauterkrankung, Star-Erkrankung, erhöhter Augendruck)?  ja  nein  
Bitte ab 6 Dioptrien (+/-) Werte angeben.  li.  re.
  - 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)? Besteht ein Grad der Behinderung (GdB), ein Grad der Schädigungsfolge (GdS)/eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)?  ja  nein
- Sind Sie zurzeit mit Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung krankgeschrieben oder waren Sie in den letzten 3 Jahren 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

Falls Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, ergänzen Sie dazu bitte die Details im anschließenden Fragenblock auf Seite 4.

**Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person (Fortsetzung)**

**D. Besondere Risikofragen zur Krankentagegeldversicherung, Pflegezusatzversicherung und zum Optionstarif AV-P1**

- Bestehen Krankheiten oder Beschwerden, die unter C.2. erfragt wurden, die nicht behandelt wurden, (auch unerfüllter Kinderwunsch) oder sind noch Maßnahmen (z. B. stationäre Behandlung, Operationen, Kur, Hyposensibilisierung) vorgesehen oder wurde eine psychotherapeutische Behandlung angeraten?  ja  nein
- Besteht Hilfsmittelbedarf oder bestehen Defizite körperlicher oder geistiger Art?  ja  nein
- Wird eine Brille oder werden Kontaktlinsen getragen bzw. sind solche angeraten?  ja  nein
- Bestanden in den letzten **5 Jahren** oder bestehen folgende Versicherungen? Wurden folgende beantragt oder beantragte Versicherungen abgelehnt?  ja  nein  
Gesetzliche Krankenversicherung, Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung, Private Krankheitskosten-/Krankenhauskostenversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung, Krankentagegeldversicherung/Krankengeldanspruch, Pflegepflichtversicherung, Pflegezusatzversicherung

**Nur für den Optionstarif AV-P1 auszufüllen:**

- Fehlen Zähne, die nicht ersetzt sind (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne)?  ja  nein  
Wenn ja, bitte Anzahl angeben.
- Ist das Gebiss mit herausnehmbarem und/oder festsitzendem Zahnersatz (z. B. Brücken, Kronen, Zahnprothesen) versorgt, der älter als **10 Jahre** ist?  ja  nein  
Wenn ja, bitte die Anzahl der so versorgten Zähne (bei Brücken auch die Anzahl der überkronten Nachbarzähne) angeben.
- Sind zahnärztliche/kieferorthopädische Behandlungen (z. B. Inlays, Parodontosebehandlung, Zahnersatz oder Implantate) notwendig, angeraten oder wurden solche begonnen?  ja  nein  
Wenn ja, welche Behandlungen? Wer kann Auskunft geben?
- Sind Zähne mit herausnehmbarem Zahnersatz versorgt?  ja  nein  
Wenn ja, bitte die Anzahl und das Alter des Zahnersatzes angeben.

1 Erstattungsprozentsatz für Zahnersatz: Höhe des Krankenhaustagegeldes in Euro; Höhe des Krankentagegeldes in Euro inkl. Karenzzeit; Höhe des Pflegegeldes in Euro

**Falls Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, ergänzen Sie dazu bitte die Details im anschließenden Fragenblock.**

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

Zu Frage Nr.	

**Zusätzliche Angaben zu den mit „Ja“ beantworteten Fragen C. 1. – 10., D. 1. – 3. und D. 5. – 8**

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**

- Mit ärztlicher Untersuchung  Weitere Angaben auf unterschriebenem Extrablatt
- 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 und die Continentale Krankenversicherung a. G., 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 und Krankenversicherung 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.

sundheitsdaten 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 und die Continentale Krankenversicherung a. G. die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erheben, speichern und nutzen, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

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.

**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 Heilberufes ergeben.

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

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.

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

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:

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.

**Möglichkeit I:**

- ja, für Continentale Lebensversicherung AG  ja, für Continentale Krankenversicherung a.G.

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

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 Ge-

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a. G. – 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 erheben und für diese Zwecke verwenden.

3096/08.2019 ■ Antrag PBU/PBUS + KT + Pflege + AV/P1

## Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtbindungserklärung (Fortsetzung)

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 und die Continentale Krankenversicherung a. G. übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a. G. an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a. G. 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:

ja, für Continentale Lebensversicherung AG  ja, für Continentale Krankenversicherung a. G.

Ich wünsche, dass mich die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a. G. in jedem Einzelfall informieren, 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 und die Continentale Krankenversicherung a. G. einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a. G. einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung 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 in der Lebensversicherung und für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss in der Krankenversicherung. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Continentale Lebensversicherung AG oder die Continentale Krankenversicherung a. G. 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 Schweigepflichtbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

### Möglichkeit I:

ja, für Continentale Lebensversicherung AG  ja, für Continentale Krankenversicherung a. G.

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:

ja, für Continentale Lebensversicherung AG  ja, für Continentale Krankenversicherung a. G.

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 und der Continentale Krankenversicherung a. G.** 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 Schweigepflichtbindung, 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 und die Continentale Krankenversicherung a. G. 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 und die Continentale Krankenversicherung a. G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a. G. 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 Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische 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 Schweigepflichtbindung 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 ak-

tuelle Liste erhalten Sie im Internet unter [www.continentale.de/datenschutz](http://www.continentale.de/datenschutz). 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 Schweigepflichtbindungserklärung.

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 und die Continentale Krankenversicherung a. G. meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a. G. dies tun dürften. 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 Rückversicherern

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 und die Continentale Krankenversicherung a. G. 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 und die Continentale Krankenversicherung a. G. 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 und die Continentale Krankenversicherung a. G. meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermitteln und diese dort erheben, 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 und die Continentale Krankenversicherung a. G. 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 übermitteln, und diese dort erheben und gespeichert werden dürfen.

**Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtbindungserklärung (Fortsetzung)**

**3.6. Datenweitergabe zur Leistungsprüfung und –bearbeitung**

Haben Sie aufgrund gleicher Ursache einen Versicherungsfall bei der Continentale Lebensversicherung AG und bei der Continentale Krankenversicherung a. G. gemeldet, ist es möglich, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse oder eingereichte Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben auch an den anderen Versicherer weitergeben, damit Ihr Versicherungsfall auch bei diesem Versicherer geprüft und bearbeitet werden kann. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe zur Leistungsprüfung und –bearbeitung zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab oder widerrufen Sie Ihre Einwilligung nach Begründung des Versicherungsvertrags, ist eine Datenweitergabe nicht möglich. Werden aufgrund gleicher Ursache Unterlagen zu einem Versicherungsfall sowohl von der Continentale Krankenversicherung a. G. als auch von der Continentale Lebensversicherung AG benötigt, sind die Unterlagen beiden Stellen zur Verfügung zu stellen. Die getrennte Bearbeitung eines Versicherungsfalles kann zu einer Verzögerung der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a. G. meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit es für die Leistungsfallprüfung und –bearbeitung erforderlich ist – an den anderen Versicherer übermitteln und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a. G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

**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.

**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 Auskunfteien (z.B. infocore Consumer Data GmbH, SCHUFA, Creditreform) durchzuführen. Zu diesem Zweck befreie ich jederzeit widerruflich die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. bezüglich der nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Für die Bonitätsprüfung benötigen wir die Angabe des vollständigen Namens und die Adresdaten 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 Versicherungsverbandes 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 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 Versicherungsverbandes durch die Continentale Krankenversicherung a. G. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ0000053646) durchgeführt und mit „Continentale/ Europa Verbund“ auf Ihrem Kontoauszug ausgewiesen. Hierbei handelt die Continentale Krankenversicherung a. G. im Auftrag der anderen Versicherer des Continentale Versicherungsverbandes.

**Continentale Krankenversicherung a. G. • Ruhrallee 92, 44139 Dortmund • Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271** **Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ0000053646**

Mandatsreferenznummer – wird separat mitgeteilt.

Familienname und Vorname des Kontoinhabers / Firma Kontoinhaber  Straße und Hausnummer  Postleitzahl und 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 Anpassungen von Betrag und/ oder Abbuchungstermin über den bevorstehenden SEPA-Lastschritteinzug unter Nennung des abzubuchenden Betrages informiert werde.

Name und Ort des Kreditinstituts  IBAN

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

**Empfangsbestätigung**

Ich bestätige, dass ich die folgenden Unterlagen erhalten habe:

- **Vertragsinformationen Continentale Lebensversicherung AG** 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
- Die **Allgemeinen Vertragsinformationen** enthalten unter anderem die Widerrufsbelehrung, die Versicherungsbedingungen, allgemeine Hinweise zu den Steuerregelungen und die Datenschutzhinweise.
- **Vertragsinformationen Continentale Krankenversicherung a. G. – Krankentagegeldversicherung V-U/VA-U, Pflegezusatzversicherung und Optionstarif AV-P1**  
Die Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen: Tarife mit Tarifbedingungen) mit den jeweils dazugehörigen **Musterbedingungen/Rahmenbedingungen** (Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen), bei Tarif AV-P1 die Erklärung zur Anpassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Option nach dem Tarif AV-P1 bei gleichzeitigem Bestehen einer Berufsunfähigkeits-Versicherung nach dem Tarif B1 bzw. PBU sowie die weiteren Vertragsinformationen (Produktinformationsblatt, Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag, Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Satzung Continentale Krankenversicherung a. G. und Datenschutzhinweise).
- Die „**Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 7.**  Unterschrift des Antragstellers/ ggf. der gesetzlichen Vertreter

**Zielmarkt (Bestätigung des Vermittlers bei Beantragung einer Berufsunfähigkeits-Versicherung)**

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) sowie die Einwilligungen und Erklärungen in Abschnitt D) 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, bei der Krankentagegeldversicherung sowie der Pflegezusatzversicherung – nach Ablauf von Wartezeiten. Die zu versichernde Person gibt mit ihrer Unterschrift ebenfalls die Einwilligungen und Erklärungen in Abschnitt D) auf Seite 8 ab.

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

Original am Versicherer 1. Ausfertigung für Antragsteller, 2. Ausfertigung für Vertragspartner

3096/08.2019 ■ Antrag PBU/PBUS + KT + Pflege + AV-P1

## 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 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 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 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-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, sofern es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die

mindestens eine Kostenerstattung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen. Bei einer Berufsunfähigkeits-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, verzichtet die Continentale Lebensversicherung auf das Recht zu Vertragsanpassung bzw. steht der Continentale Krankenversicherung das Recht zur Vertragsanpassung nicht zu.

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

#### 4. Ausübung der Rechte

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

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

#### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsanpassung und der Ausschlussfrist für die Ausübung 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

### Zu allen beantragten Versicherungen

#### Datenschutzhinweise

Sie finden die Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. sowie die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte in den Allgemeinen Vertragsinformationen und, wie auch weitere Informationen zum Datenschutz, unter [www.continentale.de/datenschutz](http://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-Lastschritfeinzug, wenn und soweit sie nicht bereits über die Informationen verfügt.

## C) Weitere Informationen

### Zu allen beantragten Versicherungen

#### 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 prädiaktiver Genests**  
Die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. dürfen 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.

## D) Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person

### Zur Krankentagegeldversicherung und zum Optionstarif AV-P1

#### 1. Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag nicht zustande kommt, bevor der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder der Versicherer schriftlich die Annahme des verbindlichen Antrags erklärt.

#### 2. Erklärung zur Krankentagegeldversicherung

Für die Krankentagegeldversicherung bestätige ich hiermit, dass das beantragte Tagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- oder Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende, Nettoeinkommen nicht übersteigt. Ich verpflichte mich, Verminderungen des Nettoeinkommens unverzüglich in Textform mitzuteilen.

#### 3. Wartezeiterlass

Soweit ich den Erlass der Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt habe, **übernehme ich** die Untersuchungskosten. Geht das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb von 28 Tagen nach Stellung des Antrags ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsge-  
mäßigen Wartezeiten.

#### 4. Zusatzvereinbarung zur Tarifvariante „BKK“

Mir ist bekannt, dass eine Versicherung nach den beantragten Tarifen in der Tarifvariante „BKK“ eine Beitragsvergünstigung von 3 % begründet (für die Tarife CEJ, StartK, StartA, StartS und StartZ sind in der Tarifvariante „BKK“ abweichende Vergünstigungen im Beitrag enthalten). Der reduzierte Beitrag ist im Antrag und Versicherungsschein ausgewiesen. Diese Beitragsvergünstigung wurde bei der Beitragsfestsetzung bereits berücksichtigt und gilt für den Zeitraum, in dem eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bei der Betriebskrankenkasse „Continentale Betriebskrankenkasse“ besteht. Während dieser Zeit wird die Tarifbezeichnung um „BKK“ ergänzt.

Für die Dauer einer Ausbildungsverversicherung nach den Besonderen Bedingungen AZ ist eine Beitragsvergünstigung für die Tarifvariante „BKK“ nicht vorgesehen.

Endet die Mitgliedschaft oder die Familienversicherung in der Betriebskrankenkasse „Continentale Betriebskrankenkasse“, endet zum gleichen Zeitpunkt auch die Versicherung in der Tarifvariante „BKK“. Die Versicherung wird dann ohne Beitragsvergünstigung fortgesetzt. In diesem Fall kann ich die Versicherung für die Tarife StartK, StartS und StartZ innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegfall der Beitragsvergünstigung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Sollte eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nicht zustande kommen, wird die Versicherung ohne Beitragsvergünstigung geführt.

Für die korrekte Vertragsführung ist es erforderlich, dass die Continentale Krankenversicherung die Continentale BKK während der Zeit der Mitgliedschaft oder Familienversicherung bei der Continentale BKK über das Nichtzustandekommen, den Beginn, das Bestehen und die Beendigung meines/unseres Versicherungsschutzes nach den Exklusivtarifen der Continentale Krankenversicherung a.G. sowie über eine Namensänderung (z.B. nach Heirat) oder Adressänderung (z.B. nach Umzug) und über Versicherungszeiten informiert.

Weiter ist es erforderlich, dass die Continentale BKK die Continentale Krankenversicherung a.G. über das Nichtzustandekommen, den Beginn, das Bestehen und die Beendigung meiner Mitgliedschaft oder Familienversicherung sowie über eine Namens- oder Adressänderung und über Versicherungszeiten informiert.

Hierfür benötigen wir, die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale BKK jeweils Ihre **Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtbindung für uns, falls in diesem Zusammenhang nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.**

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

Ich willige ein, dass die Continentale BKK die Continentale Krankenversicherung a.G. in den oben genannten Fällen informiert und meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die Continentale Krankenversicherung a.G. übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale BKK tätigen Personen im Hinblick auf die nach § 203 StGB geschützten **Daten von ihrer Schweigepflicht.**

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. die Continentale BKK in den oben genannten Fällen informiert und meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die Continentale BKK übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Krankenversicherung tätigen Personen im Hinblick auf die nach § 203 StGB geschützten **Daten von ihrer Schweigepflicht.**

Diese Einwilligung endet für einen Versicherten automatisch, wenn die Mitgliedschaft oder Familienversicherung des Versicherten mit der Continentale BKK endet und die Continentale Krankenversicherung a.G. über die Beendigung informiert wurde. Gleiches gilt, wenn für den jeweils Versicherten kein Versicherungsschutz mehr nach den Exklusivtarifen der Continentale Krankenversicherung a.G. besteht und die Continentale BKK über die Beendigung informiert wurde.

Diese Einwilligung zur Übermittlung von Daten ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch Erklärung in Textform widerrufen werden. Der Widerruf gegenüber einem Unternehmen ist ausreichend. Der Widerruf – auch für einzelne Personen – kann gerichtet werden an:

Continentale Betriebskrankenkasse, Königswall 22, 44137 Dortmund

Continentale Krankenversicherung a.G., Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

Mit Zugang der Widerrufserklärung endet diese Einwilligung und die für die Vertragsführung erforderlichen Informationen sind vom Versicherten ab diesem Zeitpunkt direkt dem jeweiligen Unternehmen mitzuteilen.

#### 5. Erklärung zum Optionstarif AV-P1

Ich stimme zu, dass die Versicherungsbedingungen für den beantragten Tarif AV-P1 mit den dazugehörigen Musterbedingungen und der Erklärung zur Anpassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Option nach dem Tarif AV-P1 bei gleichzeitigem Bestehen einer Berufsunfähigkeits-Versicherung nach dem Tarif B1 bzw. PBU Bestandteil des Versicherungsvertrags werden.

### 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

Continentale Krankenversicherung a.G.  
– Direktion –  
Ruhrallee 92, D-44139 Dortmund

Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),  
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),  
Dr. Marcus Kremer, Alf N. Schlegel, Falko Struve  
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer

Sitz der Gesellschaft: Dortmund  
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271  
USt-ID-Nr: DE 124 906 368

## Umfang der ärztlichen Untersuchung in Abhängigkeit vom beantragten Versicherungsschutz – Berufsunfähigkeits-Versicherung

Unabhängig von diesen Grenzen sind die Gesundheitsfragen immer vollständig zu beantworten.

Versicherungsschutz				Umfang der ärztlichen Untersuchung
Über	400.000 EUR 2.500 EUR 1.500 EUR	Todesfall-Leistung mitl. BU-/EU-Rente mitl. Lebenspartnerrente	oder oder	Untersuchung auf üblichem Attestformular (Ärztliches Zeugnis) mit den angegebenen Laborwerten inkl. HIV-Test durch praktischen Arzt oder Facharzt für innere Medizin  zusätzlich <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cotinintest (nur bei Beantragung der Risikoversicherung für Nichtraucher)</li> <li>■ Zusatzlaborwert nt-pro BNP (ab Eintrittsalter 50 Jahre)</li> </ul>
Über	1.000.000 EUR 3.000 EUR 2.000 EUR	Todesfall-Leistung mitl. BU-/EU-Rente mitl. Lebenspartnerrente	oder oder	Zusätzlich zur Untersuchung auf üblichem Attestformular (Ärztliches Zeugnis) mit den angegebenen Laborwerten inkl. HIV-Test, jedoch durch den Facharzt für innere Medizin <ul style="list-style-type: none"> <li>■ kleine Lungenfunktionsprüfung</li> <li>■ Echocardiographie (2D Echo)</li> <li>■ abdominelle Sonographie</li> <li>■ Zusatzlaborwerte (jeweils mit Angabe des Labor-Normbereichs): Bilirubin, Harnstoff, GOT, Quick</li> <li>■ Cotinintest (nur bei Beantragung der Risikoversicherung für Nichtraucher)</li> <li>■ Zusatzlaborwert nt-pro BNP (ab Eintrittsalter 50 Jahre)</li> </ul>

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.

## Begriffserläuterungen – Berufsunfähigkeits-Versicherung

### 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.

## Kennzahlen für den Berufsstatus – Krankentagegeldversicherung und Optionstarif AV-P1

11 = Selbstständige/r	40 = geringfügig Beschäftigte/r (pflichtversichert)	73 = Auszubildende/r und dualer Student/in (BA/FH)
12 = juristische Person	41 = geringfügig Beschäftigte/r (versicherungsfrei)	74 = Student/in
13 = Freiberufler/in	42 = sozialversicherungsfreie/r Angestellte/r	76 = Wehrdienstleistende/r
21 = Beihilfeberechtigte/r (Beamte/r)	51 = Versorgungsempfänger/in und Pensionär	77 = Schüler/in 2. Bildungsweg
22 = Beamtenanwärter/in	52 = Rentner/in	78 = Bundesfreiwilligendienstleistende/r
23 = Arbeitnehmer/in im öffentlichen Dienst	61 = Hausfrau/Hausmann	79 = Meisterschüler (Vollzeit)
27 = Heilfürsorgeempfänger/in	71 = Kind	80 = Arbeitssuchende/r
30 = Arbeitnehmer/in	72 = Schüler/in	
35 = Arzt in Facharzt Ausbildung		