

# 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, 81379 München

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

## **Krankenversicherung**

**Krankentagegeldversicherung**

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

**Optionstarif**

**Tarif OPTION-P**

**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, 44139 Dortmund

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

Stand: 01.01.2023



# Antrag

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

### 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 Gefahrabdeckung 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.

# Antrag

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

### Vertriebspartner / interne Vermerke

VEP-Name	VEP-Nr.	Telefon-Nr.	Fremd-Nr. 1	Fremd-Nr. 2	Adress-Konto-Nr.	AKZ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	00101
Antrags-Nr. (LV)	Versicherungs-Nr. (LV)	Antrags-Nr. (KV)	Versicherungs-Nr. (KV)	Kunden-Nr. (sofern bekannt)	Weiterer Vertrag im Verbund	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Frau <input type="checkbox"/>	Herr <input type="checkbox"/>	Firma <sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	Nachname / Firma	Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer			Postleitzahl	Wohnort <sup>1</sup>	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit		Telefonnummer für Rückfragen <sup>2</sup>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Berufsstatus (Kennzahl für den Berufsstatus ist <b>immer</b> einzutragen – zusätzliche Begriffserläuterungen siehe Seite 11)					
Selbstständig / Freiberufler seit dem			Kennzahl für Berufsstatus		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Angestellter	<input type="checkbox"/> Arbeiter	<input type="checkbox"/> Öfftl. Dienst	<input type="checkbox"/> Beamter	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> Student Uni/FH/DH	<input type="checkbox"/> Auszubildender/ BA-Student/ sonst. Student	
Beruf (zurzeit ausgeübt), Branche bzw. Studienrichtung			E-Mail-Adresse <sup>2</sup>		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		

<sup>1</sup> Vollständiger Name / Hauptwohnsitz laut Melderegister (siehe 6. „Datenübermittlung an Auskunfteien“ innerhalb der „Einwilligung in die Datenverarbeitung Schweigepflichtbindungserklärung“)

<sup>2</sup> freiwillige Angabe zum Zweck der vertraglichen Kommunikation

### Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)

Frau <input type="checkbox"/>	Herr <input type="checkbox"/>	Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer			Wohnort
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	Telefonnummer für Rückfragen <sup>1</sup>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Berufsstatus (Kennzahl für den Berufsstatus ist <b>immer</b> einzutragen – zusätzliche Begriffserläuterungen siehe Seite 11)			
Selbstständig / Freiberufler seit dem			Kennzahl für Berufsstatus
<input type="text"/>	<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			E-Mail-Adresse <sup>1</sup>
<input type="text"/>			<input type="text"/>

<sup>1</sup> freiwillige Angabe zum Zweck der vertraglichen Kommunikation

### Zusätzliche Angaben zur zu versichernden Person – bitte **immer** beantworten (zusätzliche Begriffserläuterungen siehe Seite 11)

Grad der Ausbildung	<input type="checkbox"/> Akademiker (Uni/ FH/ DH)	<input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung mit Regelbildungszeit von 3 Jahren oder mehr in der derzeit 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 derzeit 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)			

### Besondere Vereinbarungen

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

### Beigefügte Vereinbarungen / Unterlagen

<input type="checkbox"/> Mit ärztlicher Untersuchung	<input type="checkbox"/> Weitere Angaben auf unterschriebenem Extrablatt
<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar	<input type="text"/>

**Tarif PBU**  **Tarif PBUS**  
 **Continentale PremiumBU** oder  **Continentale PremiumBU Start**  
 mit  **Karriere-Paket**  **Pflege-Paket**  **Plus-Paket**

Versicherungsbeginn  
01 . Monat . Jahr     
 Rente  
monatlich nachschüssig

**Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer**

Angaben mit Endalter			Angaben mit Dauern			
Versicherungs- und Beitragszahlungsendalter	Leistungsendalter		Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer	Leistungsdauer (gerechnet ab Versicherungsbeginn)		
<input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> Jahre		<input type="text"/> Jahre <input type="text"/> Monate	<input type="text"/> Jahre <input type="text"/> Monate		

Überschussbeteiligung für die Zeit, in der keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit erfolgt (falls keine Eintragung: Beitragsverrechnung)

Beitragsverrechnung  Verzinsliche Ansammlung  Sofortbonus

**Sofortkapital im Leistungsfall**

ja

**Leistungsdynamik**

Jährliche Steigerung der BU-Rente im Leistungsfall (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, bei Tarif PBUS ab dem 9. Versicherungsjahr,**

um einen gleichbleibenden Satz von  %<sup>1</sup> (ganzzahlig 2-5%)

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

<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%.

**Erklärung des Antragstellers** (sofern nicht zugleich zu versichernde Person): Ich bestätige, dass ein dauerhafter Angehörigenstatus (siehe Seite 7 Ziffer 6) zwischen Antragsteller und zu versichernder Person besteht.

**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.

**Zusätzlicher Umwandlungstermin für den OPTION-P zum 01 . Monat / Jahr**

**OPTION-P**

**Krankentagegeldversicherung / Pflegezusatzversicherung**

Tarif	Beitrag	Tarif	Beitrag	Tarif	Beitrag	Tarif	Beitrag
<input type="text"/>	EUR	<input type="text"/>	EUR	<input type="text"/>	EUR	<input type="text"/>	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:  nein  ja seit dem  Eintragung im Handelsregister:  nein  ja am   
 nur aufsichtsführend tätig:   Anzahl der Arbeitnehmer<sup>1</sup>:  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 / Betrag / % vom Nettoeinkommen, gegebenenfalls Staffelfung angeben):

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.

<sup>1</sup> alle Arbeitnehmer mit regelmäßigem monatlichem Einkommen über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV – den aktuellen Wert bitte erfragen

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

► Bitte beachten Sie die Einschränkungen bei der Festlegung des Bezugsberechtigten auf Seite 10 des Antrags.

Bezugsberechtigter für den **Erlebensfall** der versicherten Person (falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer)  
 Frau  Herr  Nach- und Vorname  Geburtsdatum   
 Straße, Hausnummer  Postleitzahl  Wohnort

Bezugsberechtigter für den **Todesfall** der versicherten Person (falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer oder seine Erben)  
 Frau  Herr  Nach- und Vorname  Geburtsdatum   
 Straße, Hausnummer  Postleitzahl  Wohnort

**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.

## Beitrag

### Beitragsbestandteile entsprechend Zahlungsweise

Tarif PBU	oder	Tarif PBUS
Beitrag EUR		Anfänglicher Beitrag EUR
Zahlbetrag bei Beitragsverrechnung <sup>1</sup> EUR		Anfängl. Zahlbetrag bei Beitragsverrechnung <sup>1,2</sup> EUR

Beitrag für Optionstarif OPTION-P EUR
Beitrag für Krankentagegeldversicherung EUR
Beitrag für Pflegezusatzversicherung EUR

### Ihr Beitrag entsprechend Zahlungsweise

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

Gesamtbeitrag EUR
Gesamt-Zahlbetrag der beantragten Versicherungen <sup>1,2</sup> EUR

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

2 Der Beitrag des Tarifs PBUS steigt vom 4. bis zum 8. Versicherungsjahr jährlich an, damit auch der Gesamt-Zahlbetrag.

## SEPA-Lastschriftmandat

Das nachfolgende Mandat wird als sogenanntes „Rahmenmandat“ vereinbart. Dadurch können fällige Beträge, die sich ggf. 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 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 Versicherungsverbundes.

Continentale Krankenversicherung a.G. • Ruhrallee 92, 44139 Dortmund • Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271

Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ0000053646

Mandatsreferenznummer – wird separat mitgeteilt.

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Firma	Nachname und Vorname des Kontoinhabers / Firma Kontoinhaber	Geburtsdatum
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	<input checked="" type="checkbox"/> Unterschrift des Kontoinhabers und / oder der gesetzlichen Vertreter, z. B. bei Minderjährigen

### Datenschutzhinweise bei abweichendem Beitragszahler

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

## Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich die folgenden Unterlagen erhalten habe:

### ■ Vertragsinformationen Continentale Lebensversicherung AG

- 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, mit der Widerrufsbelehrung

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

### ■ Vertragsinformationen Continentale Krankenversicherung a.G. – Krankentagegeldversicherung V-UA-U, Pflegezusatzversicherung und Optionstarif OPTION-P

Die Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen: Tarife mit Tarifbedingungen) mit den jeweils dazugehörigen **Musterbedingungen/Rahmenbedingungen** (Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) sowie die weiteren Vertragsinformationen (Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag, Widerrufsbelehrung, Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Satzung Continentale Krankenversicherung a.G. und Datenschutzhinweise).

### ■ Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (Seite 1)

<input checked="" type="checkbox"/>
Unterschrift des Antragstellers / ggf. der gesetzlichen Vertreter

## Weitere Informationen

### 1. Vertragsgrundlagen

- Vertragsgrundlagen werden Ihr Antrag, der Versicherungsschein sowie die Ihnen vor Ihrer Vertragserklärung ausgehändigten Allgemeinen Vertragsinformationen.

### 2. Antragsbindungsfrist

Die Antragsbindungsfrist beträgt sechs Wochen. Sie beginnt mit dem vollständigen Zugang sämtlicher, zur abschließenden Bearbeitung des Antrags benötigten, Unterlagen beim Versicherer. Endet diese Frist,

ohne dass wir Ihren Antrag angenommen haben, sind Sie nicht mehr an diesen gebunden. Daneben bleibt es Ihnen unbenommen, Ihre Vertragserklärung zu widerrufen.

### 3. Antragsdurchschrift

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

## 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 die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 1 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 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 6). 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

1. a) Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf ausgesetzt (z. B. Umgang mit gesundheitsgefährdenden, radioaktiven, explosiven Stoffen oder Strahlen, Aufenthalt in Krisengebieten)?  ja  nein
- b) 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.
2. Beabsichtigen Sie, sich innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in einem Land außerhalb der Europäischen Union aufzuhalten? Grund des Auslandsaufenthalts? (Nicht anzugeben sind Aufenthalte in der Schweiz, in Island, in Norwegen, in Kanada oder in den USA) Falls „ja“, bitte den „Fragebogen Auslandsaufenthalt“ beifügen.  ja  nein
3. Bestehen bereits Lebensversicherungen oder sind solche beantragt? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens?  ja  nein
4. Wurden in den letzten **5 Jahren** Anträge auf Lebensversicherung abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? Weshalb? Wann? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens?  ja  nein

### B. Besondere Risikofragen zur Berufsunfähigkeits-Versicherung

1. Sind Sie Raucher, haben Sie also in den letzten zwölf Monaten aktiv, wenn auch nur gelegentlich, Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen?  ja  nein
2. 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?
3. Wurden in den letzten **5 Jahren** Anträge auf Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, oder Grundfähigkeitsversicherung (auch Zusatzversicherung) abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? Weshalb? Wann? Höhe der monatl. Rente in Euro? Name des Unternehmens?  ja  nein
4. Beabsichtigen Sie mit der beantragten Versicherung einen bestehenden Vertrag abzulösen? Wenn ja, welchen? Bis wann? Höhe der monatlichen Rente in Euro? Name des Unternehmens?  ja  nein
5. Haben Sie in den letzten **5 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? Wenn ja, wann und weshalb?  ja  nein
6. **Nur ausfüllen bei Gesamtrenten<sup>1</sup> über 1.000 Euro (bei Ärzten über 1.500 Euro) monatlich (ggf. jeweils inkl. Sofortbonus):**
- **Arbeitnehmer:** jährliches Nettoarbeitseinkommen  EUR
  - **Selbstständige:** Gewinn / Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre (aus selbstständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb ohne Vermietung und Verpachtung)
 

Jahr	<input type="text"/>	EUR
Jahr	<input type="text"/>	EUR
Jahr	<input type="text"/>	EUR
  - **betriebliche Altersversorgung:** jährliches Bruttoarbeitseinkommen  EUR
- 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.
- 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

1. Größe  cm Gewicht  kg
2. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten **5 Jahren** Krankheiten oder Beschwerden
- a) **des Herzens oder des Kreislaufs** (z. B. ärztlich diagnostizierter Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Thrombose, Venenleiden, Durchblutungsstörungen)?  ja  nein
- b) **der Atmungsorgane** (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe)?  ja  nein
- c) **an Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse oder Galle** (z. B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre oder -entzündungen, Fettleber oder Leberentzündung / Hepatitis, Veränderungen der Leberwerte)?  ja  nein
- d) **an Niere und Harnwegen, Prostata, Geschlechtsorganen** (z. B. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin)?  ja  nein
- e) **des Stoffwechsels** (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)?  ja  nein
- f) **durch akute oder chronische Infektionen** (z. B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose)?  ja  nein
- g) **des Gehirns und Nervensystems** (z. B. Anfallsleiden, Lähmungen, Parkinson, Migräne)?  ja  nein
- h) **der Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen** (z. B. Bewegungseinschränkungen, Hüftgelenk-Fehlstellung, Bandscheibenverfall, Meniskusschaden, rheumatische Beschwerden, Fibromyalgie)?  ja  nein
- i) **der Haut** (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte)?  ja  nein
- j) **der Augen** (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Sehstörungen, Horn- und Netzhauterkrankung, Star-Erkrankung, erhöhter Augendruck)?  ja  nein
- k) **der Ohren** (z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Lärmschaden, Gleichgewichtsstörungen)?  ja  nein
- l) **durch Allergien** (z. B. Heuschnupfen, Hausstauballergie, Lebensmittelallergien, sonstige Unverträglichkeiten)?  ja  nein
3. Haben Sie in den letzten **5 Jahren** über einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen täglich Medikamente eingenommen?  ja  nein
4. Wurden Sie in den letzten **5 Jahren** in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder Kureinrichtungen untersucht, behandelt oder operiert?  ja  nein
5. Sind oder waren Sie in den letzten **5 Jahren** in ambulanter Behandlung von Ärzten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Psychotherapeut, Physiotherapeut)?  ja  nein
6. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten **10 Jahren** Krankheiten oder Beschwerden
- a) **der Psyche** (z. B. Depressionen, Angstzustände oder Zwangsstörungen, Neurose, vom Arzt diagnostizierter Stress- oder Erschöpfungszustand, Essstörung, Schmerzsyndrom, Burn-out-Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch)?  ja  nein
- b) **der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen** (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie, Zyste, Lymphknoten)?  ja  nein
7. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten **10 Jahren** Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel? Wurden Sie in den letzten **10 Jahren** deswegen oder wegen Alkoholkonsums und/oder dessen Folgen beraten oder behandelt?  ja  nein
8. Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen bzw. dauerhafte körperliche Behinderungen? Wenn ja, welche / aufgrund welchen Leidens (z. B. Multiple Sklerose, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, rheumatoide oder infektiöse Erkrankungen)? Besteht ein Grad der Behinderung (GdB), ein Grad der Schädigungsfolge (GdS) / eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)?  ja  nein
9. Sind Sie zurzeit mit Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung krankgeschrieben?  ja  nein
10. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test) oder warten Sie noch auf das Ergebnis eines durchgeführten AIDS-Tests?  ja  nein
11. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert (Name, Anschrift und Fachrichtung)?

Falls Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, ergänzen Sie dazu bitte die Details im Fragenblock auf Seite 6.

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

**D. Besondere Risikofragen zur Krankentagegeldversicherung, Pflegezusatzversicherung und zum Optionstarif OPTION-P**

1. Sind Sie werdender Elternteil oder beabsichtigen Sie die Adoption eines Kindes?  
Wenn ja, bitte den Geburtstermin laut Mutterpass oder den beabsichtigten Adoptions-termin angeben.  ja  nein
2. 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
3. Besteht Hilfsmittelbedarf oder bestehen Defizite körperlicher oder geistiger Art?  ja  nein
4. Wird eine Brille oder werden Kontaktlinsen getragen bzw. sind solche angeraten?  ja  nein
5. Bestanden in den letzten **5 Jahren** oder bestehen folgende Versicherungen? Wurden folgende beantragt oder beantragte Versicherungen abgelehnt?  
Gesetzliche Krankenversicherung, Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung, Private Krankheitskosten-/Krankenhauskostenversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung, Krankentagegeldversicherung/Krankengeldanspruch, Pflegepflichtversicherung, Pflegezusatzversicherung  
Wenn ja, bitte Versicherer, Versicherungsnummer und Zeitraum angeben. Wurde die Versicherung beendet? Falls ja, von wem? Bitte auch weitere Angaben zu bestehenden Versicherungen oder Versicherungen, die bestanden haben.<sup>1</sup>

**Nur für den Optionstarif OPTION-P auszufüllen:**

6. Fehlen Zähne, die nicht ersetzt sind (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne)?  ja  nein  
Wenn ja, bitte Anzahl angeben.
7. 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.
8. Sind zahnärztliche/kieferorthopädische Behandlungen (z. B. Inlays, Parodontosebehandlung, Zahnersatz oder Implantate) notwendig, angeraten oder wurden solche begonnen bzw. fanden in den letzten 12 Monaten Parodontosebehandlungen/ Zahnfleischerkrankungen statt?  ja  nein  
Wenn ja, welche Behandlungen? Wer kann Auskunft geben?
9. Sind Zähne mit herausnehmbarem Zahnersatz versorgt?  ja  nein  
Wenn ja, bitte die Anzahl und das Alter des Zahnersatzes angeben.

<sup>1</sup> 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. 5.**

Zu Frage Nr.	

**Zusätzliche Angaben zu den mit „Ja“ beantworteten Fragen C. 1. – 10., D. 1. – 3. und D. 6. – 9.**

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 Kurentlassungsberichte mit einreichen.

**Genetische Untersuchungen und Analysen – Durchführung und Verwendung prädiktiver Gentests**

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 dürfen 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.

## Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person zur Krankentagegeldversicherung, zur Pflegezusatzversicherung und zum Optionstarif

### 1. Grundlage des Versicherungsvertrags

Ich bin damit einverstanden, dass die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den beantragten Tarife Bestandteil des Versicherungsvertrags werden. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen aus den Tarifbedingungen, Musterbedingungen/Rahmenbedingungen und den Besonderen Bedingungen.

### 2. 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.

### 3. 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.

### 4. 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.

### 5. 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 Ausbildungsvericherung 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 Schweigepflichtentbindung 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.

### 6. Dauerhafter Angehörigenstatus

Als dauerhafter Angehörigenstatus zählen folgende Status der versicherten Person: Ehegattin/Ehegatte; Lebenspartnerin/Lebenspartner nach LPaTG; Kind/Mutter/Vater; Schwiegermutter/Schwiegervater; Schwiegertochter/Schwiegersohn; Großmutter/Großvater; Adoptivkind; Enkelkind; Schwester/Bruder; Tante/Onkel; Schwägerin/Schwager; Nichte/Neffe.



## Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

Zur Bearbeitung Ihres Antrags und zur Durchführung des Versicherungsvertrags müssen wir, die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G., auch Gesundheitsdaten oder andere besonders schutzwürdige Daten verarbeiten. In den nachfolgend genannten Fällen benötigen wir dazu Ihre Einwilligung.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Informationen, die der Schweigepflicht unterliegen, bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben oder an einbezogene Dritte, z. B. Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen. Der Schweigepflicht unterliegen insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, aber auch andere Informationen, z. B. dass ein Vertrag mit Ihnen besteht.

### 1 Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G.

Zur Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten bei der Risikoprüfung im Antragsfall (Risikoprüfung) benötigen wir Ihre Einwilligungserklärung. In der Risikoprüfung nutzen wir auch vollautomatisierte Verfahren zur Einschätzung individueller Risiken. Dadurch kann zügig und kostengünstig entschieden werden, ob und zu welchen Bedingungen Versicherungsschutz geboten werden kann.

Auch in der Leistungsprüfung können Gesundheitsdaten vollautomatisiert verarbeitet werden. Wir prüfen dabei maschinell, ob und in welchem Umfang Sie eine Leistung beanspruchen können. Berechtigte Ansprüche können so schneller erfüllt und unberechtigte abgelehnt werden. Hierzu benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. meine in diesem Antrag, in einem früheren Antrag oder Vertragsverhältnis und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Risikoprüfung sowie zum Abschluss dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

Weiter willige ich ein, dass meine Gesundheitsdaten in der Risiko- und/oder Leistungsprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden.

### 2 Abfrage von Gesundheitsdaten und anderen der Schweigepflicht unterliegenden Informationen bei Dritten

#### 2.1 Abfrage bei Dritten zur Risiko- und Leistungsprüfung

Für die Risikoprüfung kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Solche Stellen können z. B. Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime, Pflegepersonen, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Personenversicherer und Behörden sein. Außerdem kann es zur Leistungsprüfung erforderlich sein, dass wir durch Anfragen bei diesen Stellen die Angaben über Ihre Gesundheit prüfen, die Sie machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Gutachten oder Mitteilungen eines Arztes) ergeben. Dazu müssen wir zunächst diese Stellen die für die Anfrage notwendigen Informationen mitteilen, z. B. dass ein Versicherungsvertrag mit Ihnen besteht und dass wir eine Auskunft zu einer Erkrankung benötigen.

Diese Anfrage und 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 der Schweigepflicht unterliegende Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bei Nichtabgabe der Erklärung kann die Risiko- und Leistungsprüfung nur erfolgen, wenn Sie die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

#### Möglichkeit I:

ja, für Continentale Lebensversicherung AG  ja, für Continentale Krankenversicherung a.G.  
Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. – soweit es für die Risikoprüfung oder für die Leistungsprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen, sonstigen Angehörigen eines Heilberufs sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verarbeitet.

Ich befreie die genannten Stellen und die für sie tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten und andere der Schweigepflichtentbindung unterliegenden Informationen 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.

Soweit es für die Abfrage erforderlich ist, bin ich auch damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang meine Gesundheitsdaten und andere der Schweigepflicht unterliegende Informationen durch die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. an diese Stellen weitergegeben werden. Insoweit befreie ich 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. Dann werde ich auch darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst vorlegen 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

- der Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. zustimme, die genannten Stellen und die für sie tätigen Personen 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 vorlege.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer verzögerten Bearbeitung meines Anliegens 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. Die Erklärungen gelten auch für die Bearbeitung aller Versicherungsfälle, die vor Ablauf der genannten Frist eingetreten sind. Für die Prüfung, ob bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikoprüfung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

### 2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes (für die Continentale Lebensversicherung AG)

Zur Leistungsprüfung kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Das gilt auch für die bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss mögliche Prüfung, ob bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikoprüfung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten. Falls Sie keine Entscheidung treffen, gilt Möglichkeit I als vereinbart.

#### 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 und anderer der Schweigepflicht unterliegenden Informationen bei anderen Stellen wie oben unter Ziffer 2.1. (Möglichkeit I Absätze 1 bis 3) beschrieben zu. Dies gilt für die Leistungsprüfung bzw. eine erforderliche erneute Antragsprüfung.

#### Möglichkeit II:

ja, für Continentale Lebensversicherung AG  ja, für Continentale Krankenversicherung a.G.  
Soweit zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten oder andere der Schweigepflicht unterliegende Informationen 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 anderer der Schweigepflicht unterliegender Informationen an Stellen außerhalb der Continentale Lebensversicherung AG und der Continentale Krankenversicherung a.G.

Für die Risiko- und Leistungsprüfung kann es notwendig sein, Ihre Daten an Stellen außerhalb der Continentale Lebensversicherung AG und der Continentale Krankenversicherung a.G. weiterzugeben. Dies geschieht regelmäßig auf gesetzlicher Grundlage, z. B. an medizinische Gutachter und Auftragsverarbeiter. In den nachfolgenden Fällen ist eine Einwilligung und/oder eine Schweigepflichtentbindung zur Bearbeitung Ihrer Anliegen zwingend erforderlich.

#### 3.1 Übertragung von Aufgaben auf Dienstleister

Wir übertragen bestimmte Aufgaben im Bereich der Risikoprüfung, Vertragsverwaltung oder der Leistungsprüfung auf andere Gesellschaften des Continentale Versicherungsverbundes oder einen anderen Dienstleister. Alle Dienstleister sind zur Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit sowie zur Geheimhaltung verpflichtet.

Für die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch einige Dienstleister benötigen wir Ihre Einwilligung. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über diese Dienstleister und Kategorien von Dienstleistern in unseren Datenschutzhinweisen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültigen Datenschutzhinweise finden Sie im Internet unter [www.continentale.de/datenschutz](http://www.continentale.de/datenschutz). Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Dienstleister bitten wir Sie um Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Dienstleister übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. dies tun dürfte.

#### 3.2 Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag dem Rückversicherer 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 der Rückversicherer uns aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherer 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 Rückversicherer 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 Rückversicherer weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z. B. Statistik, wissenschaftliche Forschung) verarbeitet. Ohne die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden Sie von uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verarbeitet 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 der Schweigepflicht unterliegenden Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.3 Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer

Wenn Sie als versicherte Person nicht selbst Antragsteller bzw. Vertragspartei sind (z. B. Ehepartner), kann es erforderlich sein, dass wir dem Versicherungsnehmer Daten mitteilen, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen. Das gilt insbesondere für die Ergebnisse der Risikoprüfung wie die Versicherbarkeit einschließlich der Feststellung etwaiger Ausschlüsse vom Versicherungsschutz wegen bestimmter Erkrankungen.

Auch zur Durchführung des Versicherungsvertrags kann es erforderlich sein, dem Versicherungsnehmer Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit geben, zur Kenntnis zu geben. Das gilt insbesondere, wenn an den Versicherungsnehmer Hinweise auf zu erfüllende vertragliche Anzeige- und Auskunftspflichten oder zur Einhaltung von Fristen gegeben werden müssen sowie für die Mitteilung der Ergebnisse der Leistungsprüfung. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, für diesen Fall einen Versicherungsschutz anzubieten.

## Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung (Fortsetzung)

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten – soweit dies für die oben genannten Zwecke erforderlich ist – dem Versicherungsnehmer gegenüber offenlegt. Soweit erforderlich, entbinde ich dazu die für die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

### 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Wir geben in der Regel keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvermittler (Versicherungsvertreter oder Versicherungsmakler) weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, Versicherungsvermittlern zum Kenntnis gegeben werden.

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

Der Versicherungsvermittler, 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 Versicherungsververtreters kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Versicherungsvertreter kommen. Sie werden in diesem Fall vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten an den neuen Versicherungsvertreter informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen. Dies gilt auch für eine Übertragung von Vertragsdaten von einem Versicherungsmakler auf einen Versicherungsvertreter. Für die Übertragung von Vertragsdaten von einem Versicherungsmakler auf einen anderen Versicherungsmakler gilt dies nur, sofern der neue Versicherungsmakler dem Versicherungsunternehmen noch keine Maklervollmacht vorgelegt hat und eine Datenübermittlung erforderlich ist. In diesem Fall benötigen wir auch Ihre Schweigepflichtentbindung.

Für die Datenweitergabe in diesen Fällen benötigen wir Ihre Einwilligung. Die Einwilligung gilt auch für die Übermittlung von Gesundheitsdaten an Dienstleistungsgesellschaften, die vom Versicherungsvermittler für die Entgegennahme von Daten beauftragt sind. Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsvermittler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvermittler ein. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler und Dienstleister von Versicherungsvermittlern übermittelt und diese dort verarbeitet werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich dazu die für die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

### 3.5 Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler nach Ende ihrer Betreuung

Im Laufe eines Versicherungsvertrags kann es vorkommen, dass ein selbstständiger Versicherungsvermittler, 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.

Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsmakler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvermittler ein. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. an Versicherungsvermittler und Dienstleister von Versicherungsvermittlern 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 – soweit erforderlich – übermittelt, und diese dort verarbeitet werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

### 4 Verarbeitung 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. Wir verarbeiten Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert. Dafür benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. 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 verarbeitet.

### 5 Verarbeitung von genetischen Daten gemäß Gendiagnostikgesetz bei der Continentale Lebensversicherung AG

Auch genetische Untersuchungen und Analysen können relevante Informationen über Ihren Gesundheitszustand enthalten. Für den Abschluss eines Versicherungsvertrags verlangen wir keine Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen. Sind genetische Untersuchungen und Analysen bereits vorgenommen worden, kann es in der Risiko- und in der Leistungsprüfung erforderlich sein, dass wir Ergebnisse und Daten solcher Untersuchungen und Analysen verarbeiten.

Eine Verarbeitung kann in den Fällen durchgeführt werden, wenn eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente in der Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeerntenversicherung vereinbart wird. Wir verarbeiten in diesem Zusammenhang Ergebnisse und Daten aus vorgenommenen genetischen Untersuchungen und Analysen zur Risikoprüfung und Leistungsprüfung.

Würden durch bereits bei Ihnen vorgenommene genetische Untersuchungen und Analysen Erkrankungen festgestellt, benötigen wir Informationen über diese Erkrankungen ebenfalls, wenn dies zur Risikoprüfung erforderlich ist.

Wir bitten Sie für diese Fälle um Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Ohne die Erteilung Ihrer Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, den Versicherungsvertrag abzuschließen.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG meine genetischen Daten im oben beschriebenen Umfang

- entsprechend Ziffer 1 zur Risikoprüfung sowie zur Begründung dieses Versicherungsvertrags verarbeitet;
- entsprechend meiner unter Ziffer 2.1 und 2.2 getroffenen Auswahl zur Risikobeurteilung und Prüfung der Leistungspflicht bei Dritten abfragt;
- entsprechend Ziffer 3.1 an die in der erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und diese für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die Continentale Lebensversicherung AG dies tun dürfte;
- entsprechend Ziffer 3.2 an Rückversicherer übermittelt und von diesen zu den genannten Zwecken verarbeitet werden;
- entsprechend Ziffer 4 verarbeitet, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

### 6 Datenübermittlung an Auskunfteien

Im Zusammenhang mit der Antragstellung wird zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos eine Bonitätsauskunft eingeholt.

Zu diesem Zweck entbinde ich die für die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen 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.

### 7 Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

**Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später unter der auf der letzten Seite angegebenen Adresse mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Zu den Folgen von Streichungen in den Einwilligungen/Schweigepflichtentbindungen verweisen wir auf die Angaben in den vorstehenden Bausteinen. Wir weisen nochmals klarstellend darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten und ggf. genetischen Daten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrags in der Regel nicht möglich sein wird.**

**Geben Sie uns Ihre Erklärung und Einwilligung im Fall der Ziffern 2.1, 3.1 bis 3.5 und 5 zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, kann dies zu einer Verzögerung der Risikoprüfung führen oder der Abschluss des Versicherungsvertrags ist nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt, kann dies zu einer Verzögerung bei der noch nicht abgeschlossenen Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung im Fall der Ziffer 3.1 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. Ist ein sonstiger Widerruf treuwidrig oder wird dadurch die weitere Vertragsdurchführung unmöglich, können wir einen solchen Widerruf nicht berücksichtigen.**

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

## 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

Meine Angaben in diesem Antrag sind vollständig und richtig. Die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 1 habe ich zur Kenntnis genommen. Mit meiner Unterschrift gebe ich die vorstehenden Erklärungen, insbesondere die „Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung“, ab.

Ich bestätige, dass ich am Vertrag beteiligte Personen zu den Datenschutzhinweisen informiere. 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

Datum Unterschrift des Vermittlers

## Bezugsberechtigter

Bei der Festlegung des Bezugsberechtigten für die Versicherungsleistungen gelten für folgende Tarife Einschränkungen:

- Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PBU und PBUS
- Erwerbsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PEU und PEUS
- Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach den Tarifen PBUZB und PBUZR
- Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach den Tarifen PEUZB und PEUZR

Als Bezugsberechtigte für die genannten Tarife können folgende Personen festgelegt werden:

1. die versicherte Person
2. Personen, die nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 und Absatz 2 Versicherungsteuergesetz (VersStG) i.V.m. § 7 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und § 15 Abgabenordnung (AO) in einem persönlichen bzw. rechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen.

Diese sind zum Beispiel:

- Ehegatte oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes
- Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerähnlichen Lebensgemeinschaft
- Elternteil oder Kind einschließlich Adoptivelternteil oder Adoptivkind
- Geschwister

Diese Einschränkungen, welche wir aufgrund einer Änderung des § 4 VersStG vorgenommen haben, gelten ab 01.01.2022 bei Vertragsabschluss sowie während der gesamten Vertragslaufzeit und nur für Versicherungsnehmer, die in Deutschland steuerlich ansässig sind.

Tarife, die im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung – inklusive Rückdeckungsversicherungen zu Unterstützungskassen und Pensionszusagen – abgeschlossen werden, sowie Tarife der Basisversorgung sind von dieser Einschränkung nicht betroffen.

Stand: 01/2022

Den jeweils aktuellen Stand können Sie auf unserer Internetseite [www.continentale.de](http://www.continentale.de) einsehen. Mögliche Bezugsberechtigte teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

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

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

Bei den Summengrenzen sind die bei der Continentale Lebensversicherung AG bestehenden Vorversicherungen, welche innerhalb der letzten 5 Jahre abgeschlossen wurden, ein ggf. bestehender Todesfall- / Sofortbonus bzw. eine ggf. bestehende Sofortbonus-Rente zu berücksichtigen.

Versicherungsschutz	Umfang der ärztlichen Untersuchung
Über 400.000 EUR Todesfall-Leistung 2.500 EUR mtl. BU/EU-Rente	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 Todesfall-Leistung 3.000 EUR mtl. BU/EU-Rente	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>

## 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 mit einer geringfügigen Beschäftigung, Mitarbeiter auf 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, Pflegezusatzversicherung und Optionstarif OPTION-P

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 = Arbeitsuchende / r
30 = Arbeitnehmer / in	72 = Schüler / in	
35 = Arzt in Facharztausbildung		

## 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, Dr. Marcus Kremer, 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. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer,  
Dr. Thomas Niemoeller, Alf N. Schlegel  
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer  
Sitz der Gesellschaft: Dortmund  
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271  
USt-ID-Nr: DE 124 906 368