

## Wiederinkraftsetzung mit Gesundheitsprüfung

Versicherungsnummer/n

Versicherungsnehmer (Vor- und Nachname / Firmenbezeichnung)

Geburtsdatum

Geburtsort

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

Staatsangehörigkeit

Telefonnummer / E-Mail für Rückfragen<sup>1</sup>

Versicherte Person (Vor- und Nachname) - wenn vom Versicherungsnehmer abweichend

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Staatsangehörigkeit

Telefonnummer / E-Mail für Rückfragen<sup>1</sup>

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

**Nicht fondsgebundenes Produkt**  
Wiederaufnahme der Beitragszahlung ab 01. \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_

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

Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit ist der mit (\*) gekennzeichnete Hinweis auf Seite 9 zu beachten.

Es ist eine vollständige und leserliche Kopie eines gültigen Ausweises des Versicherungsnehmers beizufügen!

Eine Legitimationsprüfung nach dem GWG ist erforderlich; siehe Seite 2!

Bitte Steuerhinweis beachten!

Mit dem gleichen Beitrag wie bisher (gegebenenfalls mit einer herabgesetzten garantierten Versicherungssumme / garantierten Rente).

Mit einem herabgesetzten Beitrag in Höhe von  Euro

Mit der gleichen garantierten Versicherungssumme / garantierten Rente wie bisher; gegebenenfalls mit einem erhöhten laufenden Beitrag. Beinhaltet der Vertrag eine PremiumBUZ / PremiumEUZ als EasyBUZ / EasyEUZ gelten zusätzlich und abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen folgende Bestimmungen: Bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung kann der Versicherungsvertrag nur mit der Beitragshöhe, wie sie vor der Zahlungsunterbrechung bestanden hat, wieder in Kraft gesetzt werden.

Die rückständigen Beiträge in Höhe von  Euro werden in einer Summe nachgezahlt. Bei Vorliegen eines SEPA-Lastschriftmandats werden die rückständigen Beiträge automatisch mit dem ersten Beitragsabruf nach der Zahlungsunterbrechung mit abgerufen. Sofern kein SEPA-Lastschriftmandat vorliegt, sind die rückständigen Beiträge zum Fälligkeitstermin auf das Konto der Continentale Lebensversicherung AG mit IBAN DE74 4404 0037 0340 9968 02 bei der Commerzbank Dortmund (BIC: COBADEFFXXX) unter Angabe der Versicherungsnummer zu überweisen.

**Fondsgebundenes Produkt**  
Wiederaufnahme der Beitragszahlung ab 01. \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_

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

Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit ist der mit (\*) gekennzeichnete Hinweis auf Seite 9 zu beachten.

Es ist eine vollständige und leserliche Kopie eines gültigen Ausweises des Versicherungsnehmers beizufügen!

Eine Legitimationsprüfung nach dem GWG ist erforderlich; siehe Seite 2!

Bitte Steuerhinweis beachten!

Mit dem gleichen Beitrag wie bisher und ohne Nachentrichtung der während der beitragsfreien Zeit nicht gezahlten Beiträge; gegebenenfalls mit niedrigeren Versicherungswerten.

Mit einem herabgesetzten Beitrag in Höhe von  Euro.

Mit Nachzahlung der während der beitragsfreien Zeit nicht gezahlten Beiträge (gilt ausschließlich für Verträge, denen die „Allgemeinen Versicherungsbedingungen“ mit Stand ab 12.2012 zugrunde liegen).

durch Erhöhung des laufenden Beitrags  in einem einmaligen Betrag als Sonderzahlung

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

**Steuerliche Angaben (CRS / FATCA)** – Nähere Informationen zu CRS / FATCA siehe Seite 8 bzw. Fragebogen für Rechtsträger.

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

ja

nein, in

Land / Länder der steuerlichen Ansässigkeit

Steuernummer(n) im Ausland

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

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

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

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

Aus organisatorischen Gründen werden alle Lastschriften des Continentale Versicherungsverbundes durch die Continentale Krankenversicherung a.G. (Gläubiger-Identifikationsnummer 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.

Familienname und Vorname des Kontoinhabers / Firma Kontoinhaber

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige die Continentale Krankenversicherung a. G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Continentale Krankenversicherung a. G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass ich rechtzeitig, mindestens jedoch einen Tag vor Belastung meines Kontos, bei jedem ersten Abruf sowie bei Änderungen von Betrag und /oder Abbuchungstermin über den bevorstehenden SEPA-Lastschrifteinzug unter Nennung des abzubuchenden Betrags informiert werde.

Name und Ort des Kreditinstituts

IBAN

Datum

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

**Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz (GwG)**

Eine vollständige und leserliche Kopie eines gültigen Ausweises ist dem Antrag beizufügen!

Der Versicherungsnehmer ist:

eine natürliche Person

eine juristische Person: Bitte immer das Formular „Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz“ (#3395) beifügen.

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

der Antragsteller  
(Versicherungsnehmer)

der Bezugsberechtigte im Erlebensfall  
(falls abweichend vom Antragsteller / Versicherungsnehmer)

der Beitragszahler  
(falls abweichend vom Antragsteller / Versicherungsnehmer)

die abweichend auftretende Person

eine sonstige natürliche Person  
(z. B. VP bei bAV)

der Abtretungsgläubiger (Zessionar) bzw. die nachstehende juristische Person (Unternehmen/Personengesellschaft)

Hinweis: Bitte immer das Formular „Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz“ (#3395) beifügen!

Name oder Bezeichnung (Firma), Rechtsform

Registernummer (insbesondere Handelsregisternummer) und Registergericht (falls vorhanden)

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

Postleitzahl

Ort (Sitz des Unternehmens)

Zusätzlich weitere Personen oder eine juristische Person: Bitte immer das Formular „Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz“ (#3395) beifügen.

Wirtschaftlich berechtigt ist die natürliche Person oder sind mehrere natürliche Personen, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Vertragspartner letztlich steht oder auf deren Veranlassung eine Transaktion letztlich durchgeführt wird oder auf deren Veranlassung eine Geschäftsbeziehung letztlich begründet wird.

**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 9 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 prädiktiven Gentests brauchen Sie in der Regel nicht zu machen (s. Erläuterung auf Seite 9). Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Antragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne stellen, um dann aktuell eine Antragsentscheidung treffen zu können.

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

Berufsstatus (zusätzliche Begriffserläuterungen siehe Seite 10)

- Selbstständiger / Freiberufler  Angestellter  Arbeiter  Öfftl. Dienst  Beamter  Student Uni/FH/DH  Auszubildender / BA-Student / sonst. Student

**Zusätzliche Angaben zur zu versichernden Person, wenn der Vertrag eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung beinhaltet**

Nicht zu beantworten für EasyBUZ / EasyEUZ

Nur für Selbstständige / Freiberufler und Angestellte:

Haben Sie eine leitende Tätigkeit  ja  nein Wie viele Vollzeitkräfte sind Ihnen unterstellt?  Mitarbeiter

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

Grad der Ausbildung

- Akademiker (Uni/FH/DH)  abgeschlossene Meisterprüfung in der derzeitig ausgeübten Tätigkeit  
 abgeschlossene Berufsausbildung mit Regelausbildungszeit von 3 Jahren oder mehr in der derzeitig ausgeübten Tätigkeit  
 Kaufmännischer Abschluss (IHK o. VFA)  Abschluss Industrie (IHK)  Handwerklicher Abschluss (HwO o. HWK)

Haben Sie eine leitende Tätigkeit  ja  nein  
 Wie viele Vollzeitkräfte sind Ihnen unterstellt?  Mitarbeiter  
 Üben Sie zu mindestens 75 % eine Bürotätigkeit (Innendienst) und/oder Aufsichtstätigkeit aus?  ja  nein

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

Nicht zu beantworten für EasyBUZ / EasyEUZ

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.
- c) *Nur ausfüllen zu Risikoversicherung nach Unisex-Tarif:* Fahren Sie Zweirad, Quad oder Trike - jeweils ab 80 ccm - als Fahrer, Beifahrer oder Saisonfahrer oder ist ein solches auf Sie zugelassen?  ja  nein
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- oder Erwerbsunfähigkeits-Versicherung / Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung**

Nicht zu beantworten für EasyBUZ / EasyEUZ

1. Bestehen für Sie bereits Absicherungen für den Fall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder den Verlust von Grundfähigkeiten oder sind solche beantragt?  ja  nein  
 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?
2. 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
 

Jahr		EUR
Jahr		EUR
Jahr		EUR
3. Haben Sie in den letzten **5 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? Wenn ja, wann und weshalb?  ja  nein  
 Beginn der Selbstständigkeit
4. **Nur zu beantworten bei Verträgen mit AVB-Stand ab inklusive 01.2015**  
 Sind Sie Raucher, haben Sie also in den letzten zwölf Monaten aktiv, wenn auch nur gelegentlich, Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen?  ja  nein
5. **Nur auszufüllen bei Gesamtrenten<sup>1</sup> über 1.000 Euro, (bei Ärzten über 1.500 Euro) monatlich (ggf. jeweils inkl. Sofortbonus):**
  - **Arbeitnehmer:** jährliches Nettoarbeitsentgelt  EUR
  - **Selbstständige:** Gewinn / Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre (aus selbstständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb ohne Vermietung und Verpachtung)
 

Jahr		EUR
Jahr		EUR
Jahr		EUR
  - **betriebliche Altersversorgung:** jährliches Bruttoarbeitsentgelt  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.

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

**C. Erklärung zum Gesundheitszustand** (Ausfüllverzicht siehe Seite 10)

Nicht zu beantworten für EasyBUZ / EasyEUZ – siehe hierzu Abschnitt D auf Seite 4

1. Größe  cm      Gewicht  kg
2. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten **5 Jahren** Krankheiten oder Beschwerden
- a) **des Herzens oder des Kreislaufs** (z.B. ärztlich diagnostizierter Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Thrombose, Venenleiden, Durchblutungsstörungen)?  ja  nein
  - b) **der Atmungsorgane** (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe)?  ja  nein
  - c) **an Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse oder Galle** (z.B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre oder -entzündungen, Fettleber oder Leberentzündung/Hepatitis, Veränderungen der Leberwerte)?  ja  nein
  - d) **an Niere und Harnwegen, Prostata, Geschlechtsorganen** (z.B. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin)?  ja  nein
  - e) **des Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)?  ja  nein
  - f) **durch akute oder chronische Infektionen** (z.B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose)?  ja  nein
  - g) **des Gehirns und Nervensystems** (z.B. Anfallsleiden, Lähmungen, Parkinson, Migräne)?  ja  nein
  - h) **der Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen** (z.B. Bewegungseinschränkungen, Hüftgelenk-Fehlstellung, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, rheumatische Beschwerden, Fibromyalgie)?  ja  nein
  - i) **der Haut** (z.B. 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)?  ja  nein
- 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 5.

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

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

Bitte beachten Sie:

Wenn Sie eine dieser Gesundheitsfragen mit „ja“ beantwortet haben, kann die PremiumBUZ / PremiumEUZ nicht als EasyBUZ / EasyEUZ abgeschlossen werden. In diesem Fall sind für die Risikoprüfung die „Fragen zur Einschätzung des Risikos der zur versichernden Person“ auf den Seite 3 bis 5 maßgebend und die dort in den Abschnitten A, B und C gestellten Fragen zu beantworten.

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

### Nichtraucherklärung der zu versichernden Person

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

Die zu versichernde Person ist Nichtraucher, hat also in den letzten zwölf Monaten nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen und beabsichtigt, dies in Zukunft nicht zu tun.

Wird die zu versichernde Person nach Antragstellung Raucher, stellt dies eine Gefahrerhöhung dar. Die Folgen dieser Gefahrerhöhung (Beitragserhöhung oder Herabsetzung der Versicherungsleistung) kann ich den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen“ entnehmen. Mir ist bewusst, dass ich und die zu versichernde Person verpflichtet sind, eine Änderung des Nichtraucherstatus unverzüglich der Continentale Lebensversicherung AG in Textform mitzuteilen.

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

Zu Frage Nr.	

### Zusätzliche Angaben zu den mit „Ja“ beantworteten Fragen C. 1. – 10.

Bitte verwenden Sie ggf. mit Verweis auf die jeweilige Frage ein Extrablatt mit Unterschrift.

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

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

### Beigefügte Vereinbarungen / Unterlagen

Erklärung zum Medical Home Service # 3035 (siehe Seite 10)

Mit ärztlicher Untersuchung

Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz #3395

Weitere Angaben auf unterschriebenem Extrablatt

Ausfüllverzicht bei „Untersuchung mit dem Medical Home Service“

Sonstiges, und zwar

## Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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

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

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

#### Möglichkeit I:

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

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

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

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

#### Möglichkeit II:

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

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

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

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

### 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

#### Möglichkeit I:

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

#### Möglichkeit II:

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

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

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

#### 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

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

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht immer vollständig selbst durch, son-

dem übertragen ggf. die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Continentale Versicherungsverbundes oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützte Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtenbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste erhalten Sie im Internet unter [www.continentale.de/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 Schweigepflichtenbindungserklärung

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

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

### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

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

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

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

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

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

### 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden 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).

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

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

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

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

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

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

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

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen.

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

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

### 5. Datenübermittlung an Auskunfteien und Einwilligung in die Bonitätsprüfung

Im Zusammenhang mit der Antragstellung wird zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos eine Bonitätsauskunft eingeholt. Auch bei Sonderzahlungen zu laufenden Versicherungsverträgen kann eine Bonitätsprüfung erforderlich sein. Geben Sie Ihre Einwilligung hierzu zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein. Ein Widerruf Ihrer Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt kann dazu führen, dass eine Sonderzahlung nicht mehr möglich ist.

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

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

## A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Die nachfolgenden Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen. Die Anzeigepflicht ist vom Antragsteller – sowohl für sich als auch für die zu versichernde Person – zu beachten und zu erfüllen. Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung durch eine zu versichernde Person.

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind uns gegenüber unverzüglich und unmittelbar schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform fragen, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt wird, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

### Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

#### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang seiner Leistungspflicht

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Bei einer Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherung wird kein Auszahlungsbetrag fällig.

#### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann der Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat gekündigt werden. Bei einer Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag im Falle der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

#### 3. Vertragsanpassung und Wegfall des Versicherungsschutzes

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil, können also für bereits eingetretene Versicherungsfälle zum Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, verzichten wir auf das Recht zur Vertragsanpassung.

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

#### 4. Ausübung der Rechte

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

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

#### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsanpassung und der Ausschlussfrist für die Ausübung seiner Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

## B) Informationen zum Datenschutz

### Datenschutzhinweise

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

### Datenschutzhinweis bei abweichendem Beitragszahler

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

## C) Weitere Informationen

### 1. Vertragsgrundlagen

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

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

Die Continentale Lebensversicherung AG darf nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) von dem Antragsteller oder der zu versichernden Person weder vor noch nach Abschluss des

Versicherungsvertrags die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen. Auch darf sie weder die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen noch solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden, es sei denn, es wird eine Versicherungsleistung von mehr als 300.000 Euro als Kapitalauszahlung oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart.

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

## Steuerhinweis

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

## CRS/FATCA

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

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



## Garantierte versicherte Leistung

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

### (\* Hinweis für Vermittler des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit:

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

## Schlussklärung und Unterschriften

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 9 des Antrags. Bitte lesen Sie auch die Informationen im Abschnitt B) und C) auf Seite 9.

Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Erklärungen zum Inhalt des Antrags.

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

\_\_\_\_\_

Datum

X

Unterschrift des **Versicherungsnehmers** (ggf. mit **Firmenstempel**) oder der **gesetzlichen Vertreter** (zum Beispiel bei Minderjährigen)

X

Unterschrift der **versicherten Person/en** ab Alter 16 (wenn diese abweichend vom Versicherungsnehmer ist/sind) und/oder der **gesetzlichen Vertreter** (zum Beispiel bei Minderjährigen)

\_\_\_\_\_

VEP-Nummer

X

Unterschrift und **Stempel** des **Vermittlers**  
(\* Bitte Hinweis zum „Beiblatt zur Beratung“ beachten)

## Umfang der ärztlichen Untersuchung in Abhängigkeit vom beantragten Versicherungsschutz

Versicherungsschutz	Umfang der ärztlichen Untersuchung
Über 400.000 EUR Todesfall-Leistung 2.500 EUR mtl. BU-/EU-Rente 1.500 EUR mtl. Lebenspartnerrente	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 2.000 EUR mtl. Lebenspartnerrente	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 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 Sofort-Bonusrente zu berücksichtigen.

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

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

### Medical Home Service - als Alternative zur ärztlichen Untersuchung

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

Der Medical Home Service kann innerhalb folgender Grenzen genutzt werden:

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

### Ausfüllverzicht gewünscht?

Entscheiden Sie sich für die „Untersuchung mit dem Medical Home Service“, so können Sie darauf verzichten, die Gesundheitsfragen in „C. Erklärung zum Gesundheitszustand“ auf Seite 10 dieses Antrags zusätzlich auszufüllen. Bitte setzen Sie ggf. für den Ausfüllverzicht ein Kreuz auf Seite 11 Abschnitt „Beigefügte Vereinbarungen / Unterlagen“.

### Medical Home Service - als Alternative zur Erklärung zum Gesundheitszustand

Eine ärztliche Untersuchung ist nicht gefordert. Sie wünschen zu Ihrer Sicherheit bei den Gesundheitsfragen (Teil C) im Antrag dennoch professionelle Hilfe? Der Medical Home Service steht Ihnen auch in diesem Fall schnell und kostenlos zur Verfügung. Eine medizinische Fachkraft unterstützt bei der Erklärung zum Gesundheitszustand und sendet diese für einen zügigen Antragsprozess an die Continentale. Sie müssen die Gesundheitsfragen in „C. Erklärung zum Gesundheitszustand“ auf Seite 10 dieses Antrags nicht zusätzlich ausfüllen.

Dieser freiwillige Service steht Ihnen innerhalb folgender Grenzen zur Verfügung:

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

## Begriffserläuterungen

### Berufsstatus

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

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

### Grad der Ausbildung

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

### Berufsausbildung mit Regelausbildungszeit von 3 Jahren oder mehr

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

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

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

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

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

### Akademiker/Student Uni/FH/DH

Akademiker sind Personen, die einen akademischen Grad einer deutschen Hochschule gemäß den Hochschulgesetzen der jeweiligen Bundesländer (z. B. Universität; Technische

Universität (TU), Fachhochschule (FH)) nachweisen können (Diplom, Bachelor, Master, Staatsexamen). Duale Hochschulen (DH) führen zu einem akademischen Abschluss in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz. Nicht zu den Akademikern zählen Absolventen von Berufsakademien (BA).

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

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

### Leitende Tätigkeit mit mindestens 5 personell unterstellten Vollzeitkräften

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

### Bürotätigkeit/Aufsichtsführung

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

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

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