

# Antrag

ÖSTERREICH

## **Continentale PremiumBU Start Schüler Tarif PBUS Berufsunfähigkeits-Versicherung**

Stand: 01.06.2020

Continentale Lebensversicherung AG  
Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit  
Baierbrunner Straße 31-33, D-81379 München  
[www.continentale.de](http://www.continentale.de)

Vertrieb durch:  
Continentale Assekuranz Service GmbH  
– Vertriebsbüro Österreich –  
Fichtegasse 2 a  
A-1010 Wien

┌

┐

└

┘

## Vereinbarung der elektronischen Kommunikation für die Antragstellung

Mir – als Antragsteller (Versicherungsnehmer) – wurde ein Produkt der Continentale Lebensversicherung AG vorgeschlagen, zu dem ich den Abschluss eines Versicherungsvertrags beantragen möchte.

Ich stimme zu, dass im Zusammenhang mit dem zu beantragenden Versicherungsvertrag

- die vorvertraglichen Informationen
  - die Individuellen Vertragsinformationen,
  - die Allgemeinen Vertragsinformationen und
  - das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten sowie
- die Antragskopie inklusive aller Zusatzklärungen

auf die von mir im Antrag angegebene E-Mail-Adresse rechtswirksam übermittelt werden und ich meine Erklärungen bei Antragsstellung im Wege der elektronischen Kommunikation rechtswirksam abgebe.

Auch bei vereinbarter elektronischer Kommunikation habe ich das Recht, jederzeit – jedoch jeweils nur einmalig kostenfrei – elektronisch erhaltene Informationen auf Papier zu erhalten.

Die Vereinbarung der elektronischen Kommunikation kann von mir oder der Continentale Lebensversicherung AG jederzeit widerrufen werden. Sie gilt ausschließlich für die angegebenen vorvertraglichen Informationen und Erklärungen im Rahmen der Antragstellung und nicht für spätere Erklärungen, Urkunden und Informationen.

Ebenfalls ausgenommen sind Erklärungen, Urkunden und Informationen, die aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift oder einer vertraglichen Vereinbarung der Schriftform, das heißt einer Unterschrift, bedürfen.

Ich verfüge über einen regelmäßigen Internet-Zugang. Ich bin damit einverstanden, dass auf die von mir angegebene E-Mail-Adresse auch die von mir oder der zu versichernden Person bei Antragstellung erhobenen Risiko- und Gesundheitsdaten gesandt werden.

Die hiermit getroffene Vereinbarung der elektronischen Kommunikation ist auch ohne Unterschrift wirksam.

Für die vorvertraglichen Informationen wünsche ich abweichend von der oben getroffenen Vereinbarung deren Übermittlung in Papierform.

# Antrag Continentale PremiumBU Start Schüler



VEP-Nummer \_\_\_\_\_ Versand Versicherungsschein an VEP \_\_\_\_\_ Antragsnummer \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_ Fremd-Nr. 1 \_\_\_\_\_ AKZ \_\_\_\_\_

Original  \_\_\_\_\_ Kopie(n) \_\_\_\_\_

## Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Frau  Herr

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Beruf (zurzeit ausgeübt), Branche bzw. Studienrichtung \_\_\_\_\_

Selbstständiger / Freiberufler  Angestellter  Arbeiter  Öffentlicher Dienst / Beamter  Student / Auszubildender

<sup>1</sup> freiwillige Angabe zum Zweck der vertraglichen Kommunikation; unbedingt angeben bei Vereinbarung der elektronischen Kommunikation für die Antragstellung

## Zu versichernde Person (Schüler) (falls nicht Antragsteller)

Frau  Herr

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

## Zusätzliche Angaben zur zu versichernden Person (Schüler)

Schulsystem (ggf. bitte vergleichbare Schulart ankreuzen)

Hauptschule  Gesamtschule  Fachoberschule (FOS)  Realschule  Gymnasium  Berufsoberschule (BOS)

Schulart \_\_\_\_\_ Name der Schule \_\_\_\_\_

Grundsicherer und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf (z.B. Sonder- und Förderschüler und Schüler, die innerhalb eines Inklusionsprogramms unterrichtet werden) sind nicht versicherbar.

## Leistungen / Tarifdaten – Tarif PBUS \_\_\_\_\_

Tarif PBUS  
Continentale PremiumBU Start Schüler mit  Karriere-Paket  Pflege-Paket

Versicherungsbeginn  
01 . Monat . Jahr \_\_\_\_\_ Rente monatlich nachschüssig \_\_\_\_\_ EUR

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

Überschussbeteiligung für die Zeit, in der keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit erfolgt: \_\_\_\_\_

Angaben mit Endalter

Versicherungs- und Beitragszahlungs-Endalter \_\_\_\_\_ Jahre

Leistungs-Endalter \_\_\_\_\_ Jahre

Angaben mit Dauern

Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer \_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_ Monate

Leistungsdauer (gerechnet ab Versicherungsbeginn) \_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_ Monate

**Beitrag**  
**entsprechend Zahlungsweise**  
(50% des Zielbeitrags)

Anfänglicher Beitrag \_\_\_\_\_ EUR

Anfänglicher Zahlbetrag<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ EUR

zzgl. Versicherungssteuer (4%) \_\_\_\_\_ EUR

Anfänglicher Zahlbetrag inkl. Versicherungssteuer<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ EUR

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

**Dynamik** – Jährliche automatische Anpassung des laufenden Beitrags der Versicherung ab dem 9. Versicherungsjahr um einen gleichbleibenden Satz von 3%.

**Leistungsdynamik bei Berufsunfähigkeit:** Jährliche **Steigerung der BU-Rente** bei Berufsunfähigkeit (0,1% bis 3,0%)

0,5%  1,0%  1,5%  2,0%  2,5%  3,0% Anderer Prozentsatz \_\_\_\_\_ %

<sup>1</sup> Die Höhe der Überschussbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

## Weitere Vertragsdaten

**Bezugsberechtigung** (bitte immer namentlich benennen): \_\_\_\_\_ Nach- und Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Bezugsberechtigter für den **Erlebensfall** der versicherten Person (falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer)

**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. auf gesondertem Blatt beifügen (mit Unterschrift des volljährigen Rechtsnachfolgers). Die Rechtsnachfolge kann vom VN jederzeit in geschriebener Form widerrufen werden.

Besondere Vereinbarungen zu Bezugsberechtigung und Rechtsnachfolge \_\_\_\_\_

## Sonstige Erklärungen und Vereinbarungen

## Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person (Schüler)

Im Rahmen der Antragsaufnahme bitten wir Sie und die zu versichernde Person, uns einige Fragen zu beantworten. Diese Angaben sind Grundlage für die weitere Bearbeitung Ihres Antrags in unserem Hause und werden bei Abschluss des Versicherungsvertrags auch wichtiger Bestandteil des Vertrags. Mit den Antworten tragen Sie und die zu versichernde Person wesentlich dazu bei, uns die Beurteilung des von uns zu übernehmenden Versicherungsrisikos zu ermöglichen.

Wichtig für uns ist dabei die Angabe aller Ihnen und der zu versichernden Person bekannten Gefährdungsstände, die für unsere Entscheidung zur Risikoübernahme erheblich sind. Wir fragen daher nachfolgend nach allen Umständen, die Einfluss auf einen möglichen Eintritt des versicherten Risikos haben könnten. Dazu zählen z.B. neben dem Alter die Lebensgewohnheiten (z.B. Alkohol- oder Drogengebrauch), die Ausübung von sportlichen Aktivitäten sowie die persönliche medizinische Vorgeschichte und der aktuelle Gesundheitszustand der zu versichernden Person.

Sie und die zu versichernde Person sind verpflichtet, uns vor Vertragsabschluss alle bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß, sorgfältig, vollständig und ausführlich anzugeben. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie beide keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Allein auf diesem Wege ist ein individuell gestalteter und wirksamer Versicherungsschutz gewährleistet.

### Erklärung zum Gesundheitszustand

- Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg
- Hat der zu versichernde Schüler in den letzten 12 Monaten aktiv, wenn auch nur gelegentlich, Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen?  ja  nein
- Bestehen für den zu versichernden Schüler bereits Absicherungen für den Fall der Berufs-, Erwerbsunfähigkeit oder den Verlust von Grundfähigkeiten oder wurden solche Anträge in den letzten 5 Jahren abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen?  ja  nein
- Übt der zu versichernde Schüler Sportarten mit erhöhtem Verletzungsrisiko aus (z.B. Kampfsport, Reitsport, Motorsport, Downhill-Racing, Parcours)?  ja  nein

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in jedem Fall vollständig. 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.**

Falls die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantwortet werden, kann dies zum Verlust des Versicherungsschutzes führen oder später Vertragsanpassungen – auch rückwirkend – notwendig machen. Wir möchten dies gerne vermeiden, müssten aber bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht im Interesse der anderen Versicherten von rechtlichen Maßnahmen wie z.B. Rücktritt vom Vertrag oder Anfechtung des Vertrags oder auch Verweigerung der beantragten Leistung Gebrauch machen. Bitte tragen Sie und die zu versichernde Person durch Ihre Antworten zu einem dauerhaft wirksamen Versicherungsschutz bei.

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. Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Antragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne stellen, um dann aktuell eine Antragsentscheidung treffen zu können.

- Würden dem zu versichernden Schüler in den letzten 5 Jahren Medikamente für einen Zeitraum von mehr als 2 Wochen verordnet (außer Verhütungsmittel)?  ja  nein
- Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes, Epilepsie, Migräne, HIV-Infektion, rheumatische oder infektiöse Erkrankungen), angeborene oder erworbene Fehlbildungen (z.B. angeborene oder erworbene Herzfehler, Herzfehlbildungen, Gehirnfehlbildungen), dauerhafte körperliche Behinderungen (z.B. Gelenkfehlstellungen oder Bewegungseinschränkungen) oder wurde eine Schwerbehinderung (GdB) beantragt oder anerkannt?  ja  nein
- War in den letzten 5 Jahren oder ist aktuell eine besondere Förderung wegen Lernschwierigkeiten, Teilleistungsschwächen, Sprachstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten erforderlich oder angeraten?  ja  nein
- Wurde der zu versichernde Schüler in den letzten 5 Jahren stationär beraten, untersucht oder behandelt oder mehr als drei Mal wegen der gleichen Erkrankung oder den gleichen Beschwerden durch Ärzte, Heilpraktiker, Krankengymnasten, Logopäden, Psycho- oder Physiotherapeuten ambulant beraten, untersucht oder behandelt oder sind Untersuchungen oder Behandlungen angeraten?  ja  nein

## Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person (Schüler) – Fortsetzung

9. Wurde der zu versichernde Schüler in den letzten 5 Jahren in Zusammenhang mit einer der folgenden Erkrankungen beraten, untersucht oder behandelt oder sind Untersuchungen oder Behandlungen angeraten:
- a) Suchterkrankung (z.B. Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch)  ja  nein
- b) Psychische Erkrankung (z.B. Selbstmordversuch, Depressionen, Essstörungen, ADHS)  ja  nein
- c) Tumorerkrankung (z.B. Krebs, Hirntumore, Leukämie)  ja  nein
- d) Haut-/Atemwegserkrankung (z.B. Neurodermitis, Ekzem, Asthma) oder allergische Erkrankungen (Heuschnupfen, Kontaktallergie, Nahrungsmittelunverträglichkeit)  ja  nein
- e) Erkrankungen von Augen und Ohren (z.B. Hörminderung, Fehlsichtigkeit > -4 Dioptrien)  ja  nein

### Zusätzliche Angaben zu den mit „Ja“ beantworteten Fragen 3.–9.

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

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

Zu Frage Nr. 3	Art der Absicherung, Höhe der jeweiligen monatlichen Rente in Euro	Name des Unternehmens	Ablehnung / Zurückstellung / Erschwerung: Wann und weshalb?
Zu Frage Nr. 4	Sportart?	Wie oft? Seit wann?	
Zu Fragen Nr. 5 bis 9	Art, Verlauf, Folgen (z. B. Krankheit, Verletzung), Befund/Diagnose der Untersuchung, verordnete Medikamente (Name, Dosierung)	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte / Kinderärzte, Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut), Krankenhäuser, Kureinrichtungen mit Anschrift

### Beigefügte Vereinbarungen / Unterlagen

Weitere Angaben auf unterschriebenen Extrablatt  Sonstiges, und zwar \_\_\_\_\_

### SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenznummer – wird separat mitgeteilt.

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

Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ0000053646

Familienname und Vorname des Kontoinhabers / Firma Kontoinhaber

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

\_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat:** Aus organisatorischen Gründen werden alle Lastschriften des Continentrale Versicherungsverbandes durch die Continentrale Krankenversicherung a. G. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ0000053646) durchgeführt und mit „Continentrale / Europa Verbund“ auf Ihrem Kontoauszug ausgewiesen. Hierbei handelt die Continentrale Krankenversicherung a. G. im Auftrag der anderen Versicherer des Continentrale Versicherungsverbandes.

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

Name und Ort des Kreditinstituts

IBAN

\_\_\_\_\_

Datum

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

\_\_\_\_\_

### Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich die folgenden Unterlagen erhalten habe:

Individuelle Vertragsinformationen

Die Individuellen Vertragsinformationen unter Berücksichtigung der individuellen Angaben in diesem Antrag enthalten insbesondere die Belehrung über das Rücktrittsrecht sowie die Tabelle der Garantiewerte.

IVI-Nummer (siehe Seite 1 der Indiv. Vertragsinformationen)

\_\_\_\_\_

Allgemeinen Vertragsinformationen Tarife PBUS, PEUS

Die Allgemeinen Vertragsinformationen enthalten unter anderem die Versicherungsbedingungen und die Datenschutzhinweise.

Stand (Datum siehe Titelblatt der Allg. Vertragsinformationen)

\_\_\_\_\_

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten – Berufsunfähigkeits-Versicherung – Produkt: PremiumBU Start Schüler

Unterschrift des Antragstellers / ggf. der gesetzlichen Vertreter

\_\_\_\_\_

### Zielmarkt (Bestätigung des Vermittlers)

Der Verkauf des Versicherungsprodukts erfolgt innerhalb des Zielmarktes.

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

## Belehrung über das Rücktrittsrecht des Versicherungsnehmers

### Rücktrittsrecht nach § 5c Versicherungsvertragsgesetz – VersVG

- (1) Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.
  - (2) Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (= Zusendung des Versicherungsscheins), jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämien(Beitrags-)festsetzung oder -änderung und diese Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.
  - (3) Die Rücktrittserklärung ist zu richten an:  
Continentale Lebensversicherung AG  
Baierbrunner Straße 31-33, D-81379 München, Postfach, D-81357 München  
Fax: 0049 / 89 / 5153 - 347  
E-Mail-Adresse: kundenservice-lv@continentale.de
- Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden. Die Erklärung ist auch wirksam, wenn sie in den Machtbereich Ihres Versicherungsvertreters gelangt.
- (4) Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie (Beitrag). Wenn Sie bereits Prämien (Beiträge) an den Versicherer geleistet haben, die über diese Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzuzahlen.
  - (5) Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.

## Schlusserklärung

- Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Für die Antworten erkläre ich mich auch dann voll verantwortlich, wenn diese von einer anderen Person geschrieben wurden. Jede bis zur Annahme des Antrags noch eintretende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der zu versichernden Person werde ich dem Versicherer unverzüglich in geschriebener Form anzeigen. Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten oder die Leistung verweigern kann.
- Die Informationen in Abschnitt B) (Seite 5) sowie die „Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person“ (Seite 5) habe ich gelesen. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Mit meiner Unterschrift bestimme ich, dass sie Inhalt dieses Antrags sind. Ich bestätige, dass ich am Vertrag beteiligte Personen zu den Datenschutzhinweisen informiere. Über mein Rücktrittsrecht bin ich informiert.

Datum	Unterschrift des Antragstellers und/oder der gesetzlichen Vertreter	Unterschrift der zu versichernden Person und/oder der gesetzlichen Vertreter
<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input checked="" type="text"/>
		Unterschrift des Vermittlers
		<input type="text"/>

## Erklärung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten

### 1. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Gesundheitsdaten

#### 1.1 bei Vertragsabschluss

Der Antragsteller (sofern dieser nicht auch die zu versichernde Person ist, auch diese) stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, sowie den bekannt gegebenen Sozialversicherungsträgern ermitteln darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (z. B. Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblatt, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

#### 1.2 im Versicherungsfall

Der Antragsteller und/oder die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht sowie der Überprüfung einer etwaigen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (z. B. Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungs-

dauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, Operationsbericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Im Fall einer solchen Datenermittlung werden der Antragsteller und die zu versichernde Person 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11 a VersVG bestehen für den Antragsteller und die zu versichernde Person auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Antragsteller und die zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen. **Der Antragsteller und die zu versichernde Person nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Antragsteller, Bezugsberechtigten oder der zu versichernden Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.**

Der Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

#### 2. Entbindung von der Schweigepflicht

Der Antragsteller und die zu versichernde Person entbinden die im Punkt 1 genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung gemäß Punkt 1.

Diese Zustimmungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Der Versicherer kann bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Antragsprüfung nicht vornehmen. Ein Widerruf kann daher zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.

## Einwilligungen und Hinweise zum Datenschutz

- Ich stimme der Erklärung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten zu.
- Ich gebe die Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung ab. (siehe Seite 5).
  - Weitergabe Ihrer der Schweigepflicht unterliegenden Informationen an Stellen außerhalb der Continentale Lebensversicherung AG
  - Datenübermittlung an Auskunfteien und Einwilligung in die Bonitätsprüfung
  - Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit
- Ich habe die Datenschutzhinweise erhalten.

<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>
Datum	Unterschrift des Antragstellers und/oder der gesetzlichen Vertreter, z. B. bei Minderjährigen
<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>
Datum	Unterschrift der zu versichernden Person ab Alter 16 und/oder der gesetzlichen Vertreter, z. B. bei Minderjährigen

## A) Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

Zur Bearbeitung Ihres Antrags und zur Durchführung des Versicherungsvertrags müssen wir, die Continentale Lebensversicherung AG, auch besonders schutzwürdige Daten verarbeiten. In den nachfolgenden genannten Fällen benötigen wir dazu Ihre Einwilligung.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Informationen, die der Schweigepflicht unterliegen, bei schweigepflichtigen Stellen erheben oder an einbezogene Dritte, z. B. Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen. So unterliegt z. B. der Schweigepflicht, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht.

### 1. Weitergabe Ihrer der Schweigepflicht unterliegenden Informationen an Stellen außerhalb der Continentale Lebensversicherung AG

Für die Risiko- und Leistungsprüfung kann es notwendig sein, Ihre Daten an Stellen außerhalb der Continentale Lebensversicherung AG weiterzugeben. Dies geschieht regelmäßig auf gesetzlicher Grundlage, z. B. an Auftragsverarbeiter. In den nachfolgenden Fällen ist eine Einwilligung bzw. eine Schweigepflichtentbindung erforderlich.

#### 1.1. Übertragung von Aufgaben auf Dienstleister

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

Für die Verarbeitung Ihrer Daten durch einige Dienstleister benötigen wir Ihre Einwilligung. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über diese Dienstleister und Kategorien von Dienstleistern, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste finden Sie im Internet unter [www.continentale.de/datenschutz](http://www.continentale.de/datenschutz). Für die Weitergabe Ihrer Daten 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 meine Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Dienstleister übermittelt und dass die Daten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die Continentale Lebensversicherung AG dies tun dürfte.

#### 1.2. 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 uns 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 Angaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z. B. Statistik, wissenschaftliche Forschung) verarbeitet. Über die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Rückversicherungen werden Sie von uns unterrichtet.

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

#### 1.3. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Ihre Daten Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Versicherungsvermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Versicherungsvermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Versicherungsvertreters kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Versicherungsvertreter kommen. 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 Ihrer Daten an Dienstleistungsgesellschaften, die vom Versicherungsmakler für die Entgegennahme von Daten beauftragt sind.

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

#### 1.4. 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.

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. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

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

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

Zu diesem Zweck entbinde ich die für die Continentale Lebensversicherung AG 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.

#### 3. Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Ihre Einwilligung der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrags in der Regel nicht möglich sein wird.

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.

## B) Informationen zum Datenschutz

### Datenschutzhinweise

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

### Datenschutzhinweise bei abweichendem Beitragszahler

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

## Schlussklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person

Die Fragen dieses Antrags sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Ich weiß, dass das Unternehmen bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung ganz oder teilweise verweigern kann.

### Vertragsgrundlagen

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

### Weitere Erklärungen

Ich stimme zu, dass die Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit des Versicherungsvertrags in deutscher Sprache erfolgen. Eine Durchschrift des Versicherungsantrags wird mir sofort nach Unterzeichnung des Antrags ausgehändigt.