

# Antrag

ÖSTERREICH

## Risikoversicherung

**Continentale Risikoleben**

**Tarif RL**

**Continentale PremiumRisikoleben**

**Tarif PRL**

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

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

┌

┐

└

┘

## 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,
  - das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten - Risikolebensversicherung und
  - sofern eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung mitbeantragt wird, das jeweilige Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, sowie
- die Antragskopie inklusive aller Zusatzerklärungen

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 Risikoleben / Continentale PremiumRisikoleben

### Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Frau  Herr  Firma Nachname / Firma  Vorname   
 Straße, Hausnummer   
 Postleitzahl  Wohnort   
 Geburtsdatum  Geburtsort  Staatsangehörigkeit   
 Telefonnummer für Rückfragen <sup>1</sup>  E-Mail-Adresse <sup>2</sup>

### Vertriebspartner / interne Vermerke

VEP-Name  Telefon-Nr.   
 VEP-Nr.  Fremd-Nr. 1   
 Antrags-Nr.  Versicherungs-Nr.   
 Adress-Konto-Nr.  AKZ   
 Kunden-Nr. (sofern bekannt)  Weiterer Vertrag im Verbund   
 Versand Versicherungsschein an VEP  
 Original  \_\_\_ Kopie(n)

Berufsstatus (zusätzliche Begriffserläuterungen siehe Seite 8)

Selbstständiger / Freiberufler  Angestellter  Arbeiter  Öfftl. Dienst  Beamter  Student Uni / FH / DH  Auszubildender / BA-Student / sonst. Student  Beruf (zurzeit ausgeübt), Branche bzw. Studienrichtung

<sup>1</sup> freiwillige Angabe zum Zweck der vertraglichen Kommunikation <sup>2</sup> freiwillige Angabe zum Zweck der vertraglichen Kommunikation; unbedingt angeben bei Vereinbarung der elektronischen Kommunikation für die Antragstellung

### Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)

Frau  Herr Nachname  Vorname  Staatsangehörigkeit   
 Straße, Hausnummer  Postleitzahl  Wohnort   
 Geburtsdatum  Telefonnummer für Rückfragen <sup>1</sup>  E-Mail-Adresse <sup>1</sup>

Berufsstatus (zusätzliche Begriffserläuterungen siehe Seite 8)

Selbstständiger / Freiberufler  Angestellter  Arbeiter  Öfftl. Dienst  Beamter  Student Uni / FH / DH  Auszubildender / BA-Student / sonst. Student  Beruf (zurzeit ausgeübt), Branche bzw. Studienrichtung

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

### Zusätzliche Angaben zur zu versichernden Person – bitte immer beantworten (zusätzliche Begriffserläuterungen siehe Seite 8)

Grad der Ausbildung  
 Akademiker (Uni / FH)  abgeschlossene Berufsausbildung mit abgelegter Lehrabschlussprüfung, Regelausbildungszeit von 3 Jahren oder mehr in der derzeit ausgeübten Tätigkeit  Haben Sie eine leitende Tätigkeit mit mindestens 5 personell unterstellten Vollzeitkräften?  ja  nein  
 abgeschlossene Meister-/Befähigungsprüfung in der derzeit ausgeübten Tätigkeit  Kaufmännischer Abschluss (WKO o. HAK)  Abschluss Industrie (WKO o. HTL)  Handwerklicher Abschluss (WKO)  Üben Sie zu mindestens 75 % eine Bürotätigkeit (Innendienst) und / oder Aufsichtstätigkeit aus?  ja  nein

### Weitere Vertragsdaten

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

Für den **Ereignisfall** der versicherten Person (falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer)  Nach- und Vorname  Geburtsdatum   
 Für den **Todesfall** der versicherten Person (falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer oder seine Erben)  Nach- und Vorname  Geburtsdatum

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

Besondere Vereinbarungen zu Bezugsberechtigung und Rechtsnachfolge

### Sonstige Erklärungen und Vereinbarungen

#### Besondere Vereinbarungen

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

#### Legitimationsprüfung

**Identifizierung des Versicherungsnehmers – Eine vollständige Ausweis-/Führerscheinkopie ist dem Antrag zwingend beizufügen.**

Die Identität des Versicherungsnehmers wurde in dessen Anwesenheit durch den Vermittler persönlich anhand eines im Original vorliegenden, gültigen Ausweisdokuments festgestellt.

Als Antragsteller (Versicherungsnehmer) handle ich auf eigene Verantwortung und bin wirtschaftlich Berechtigter.

Abweichend wirtschaftlich Berechtigter (der Antragsteller handelt auf Veranlassung von):  
 Nachname, Vorname   
 Legitimationsprüfung (Formular #3395) ist beigelegt (z.B. bei abweichend wirtschaftlich Berechtigtem oder abweichend auftretender Person)

**Leistungen / Tarifdaten – Tarife RL/PRL**

Risikoversicherung für Nichtraucher  Risikoversicherung für Raucher  Premium (Tarif PRL)

Versicherungsbeginn  
01 . Monat . Jahr     
Versicherungssumme (VS)  EUR

Versicherungs- und Beitragszahlungs-Endalter  Jahre **oder**  Jahre  Monate  
Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer  Jahre  Monate

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

**Überschussbeteiligung in der Risikoversicherung** (falls keine Eintragung: Beitragsverrechnung)  
 Beitragsverrechnung  Verzinsliche Ansammlung  Sofortbonus

Dynamik (ab VS 30.000 EUR)  
 ja

**Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen PremiumBUZ / Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherungen PremiumEUZ**

PremiumBUZ

oder

PremiumEUZ

**Beitragsbefreiung**  
bei Berufsunfähigkeit  
(Tarif PBUZB)

**BU-Monatsrente nachschüssig**  
(Tarif PBUZR)  
 EUR

**Beitragsbefreiung**  
bei Erwerbsunfähigkeit  
(Tarif PEUZB)

**EU-Monatsrente nachschüssig**  
(Tarif PEUZR)  
 EUR

Angaben mit Endalter  
Versicherungs- und Beitragszahlungs-Endalter  Jahre  
Leistungs-Endalter  Jahre

oder

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

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

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

Anderer Prozentsatz  %

Karenzzeit für die BU- / EU-Rentenzahlung  
 ja  Monate

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

ja

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

Beitragsverrechnung  Verzinsliche Ansammlung  Sofortbonus

**Beitrag  
entsprechend Zahlungsweise**

Beitrag Hauptversicherung  EUR

Mehrbeitrag Premium  EUR

Mehrbeitrag Zweirad, Quad, Trike  EUR

Mehrbeitrag Gewicht (BMI)  EUR

Beitrag BUZ / EUZ Beitragsbefreiung  EUR

Beitrag BUZ / EUZ Rente  EUR

**Gesamtbeitrag**  EUR

zzgl. Versicherungssteuer (4%)  EUR

**Gesamt-Zahlbetrag**  
bei Beitragsverrechnung <sup>1</sup>  EUR

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

## Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person

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 Gefährdungssituationen, die für unsere Entscheidung zur Risikübernahme 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 der Person, die Lebensgewohnheiten (z. B. Alkohol- oder Drogengebrauch), die Ausübung von sportlichen Aktivitäten sowie Auslandsaufenthalte, die persönliche medizinische Vorgeschichte und der aktuelle Gesundheitszustand sowie auch die Einkommenssituation 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.

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in jedem Fall vollständig. 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 Versicherungsverbandes 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. Angaben zu bereits durchgeführten prädiagnostischen Gentests brauchen Sie nicht zu machen (s. Erläuterung auf Seite 8). Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Antragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne stellen, um dann aktuell eine Antragsentscheidung treffen zu können.

### A. Allgemeine Fragen zur persönlichen Situation

- a) Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf ausgesetzt (z. B. Umgang mit gesundheitsgefährdenden, radioaktiven, explosiven Stoffen oder Strahlen, Aufenthalt in Krisengebieten)? Bitte ggf. Zusatzfragebogen beifügen.  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)? Bitte ggf. Zusatzfragebogen beifügen.  ja  nein

c) Fahren Sie Zweirad, Quad oder Trike – jeweils ab 80 ccm – als Fahrer, Beifahrer oder Saisonfahrer oder ist ein solches auf Sie zugelassen?  ja  nein
- Beabsichtigen Sie, sich innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in einem Land außerhalb der Europäischen Union aufzuhalten? Grund des Auslandsaufenthalts? (Nicht anzugeben sind Aufenthalte in der Schweiz, in Island, in Norwegen, in Kanada oder in den USA) Falls „ja“, bitte den „Fragebogen Auslandsaufenthalt“ beifügen.  ja  nein
- Bestehen bereits Lebensversicherungen oder sind solche beantragt? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens?  ja  nein
- Wurden in den letzten **5 Jahren** Anträge auf Lebensversicherung abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen?  ja  nein  
Weshalb? Wann? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens?

### B. Besondere Risikofragen bei Einschluss einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung

- Sind Sie Raucher, haben Sie also in den letzten zwölf Monaten aktiv, wenn auch nur gelegentlich, Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen?  ja  nein
  - Bestehen für Sie bereits Absicherungen für den Fall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder den Verlust von Grundfähigkeiten oder sind solche beantragt? Hierzu zählen
    - private Versicherungen oder Zusatzversicherungen
    - Ansprüche aus einer betrieblichen Altersversorgung
    - Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder auf Versorgungsansprüche aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen
 Art der Absicherung? Höhe der jeweiligen monatlichen Rente in Euro?  
Name des Unternehmens bzw. des Versorgungsträgers?
  - Wurden in den letzten **5 Jahren** Anträge auf Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, oder Grundfähigkeitsversicherung (auch Zusatzversicherung) abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen?  ja  nein  
Weshalb? Wann? Höhe der monatl. Rente in Euro? Name des Unternehmens?
 

	Jahr	EUR
	Jahr	EUR
	Jahr	EUR
  - Beabsichtigen Sie mit der beantragten Versicherung einen bestehenden Vertrag abzulösen?  ja  nein  
Wenn ja, welchen? Bis wann? Höhe der monatlichen Rente in Euro? Name des Unternehmens?
  - Haben Sie in den letzten **5 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? Wenn ja, wann und weshalb?  ja  nein
  - Nur auszufüllen bei Gesamtrenten<sup>1</sup> über 1.000 Euro (bei Ärzten über 1.500 Euro) monatlich (ggf. jeweils inkl. Sofortbonus):**
    - Arbeitnehmer:** jährliches Nettoarbeitseinkommen  EUR
    - Selbstständige:** Gewinn/Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre (aus selbstständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb ohne Vermietung und Verpachtung)
 

	Jahr	EUR
	Jahr	EUR
	Jahr	EUR

 Beginn der Selbstständigkeit
- Bei Gesamtrenten<sup>1</sup> über 2.500 Euro monatlich bitte Einkommensnachweise bzw. Nachweise über den Gewinn/Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre einreichen.
- <sup>1</sup> Bei den Gesamtrenten sind private und betriebliche Leistungen, auch bei anderen Gesellschaften/Versorgungsträgern, sowie Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder auf Versorgungsansprüche aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen mit einzubeziehen.

### C. Erklärung zum Gesundheitszustand

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

Falls Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, ergänzen Sie dazu bitte die Details im Fragenblock auf Seite 5.

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

Zu Frage Nr.	

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

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

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

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

**Beigefügte Vereinbarungen/Unterlagen**

Mit ärztlicher Untersuchung
  Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz #3395
  Weitere Angaben auf unterschriebenem Extrablatt

Sonstiges, und zwar \_\_\_\_\_

**Nichtrauchererklärung** (nur bei Beantragung der 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 Versicherungssumme) kann ich Abschnitt B Nummer 2.1 der Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung entnehmen. Mir ist bewusst, dass ich und die zu versichernde Person verpflichtet sind, eine Änderung des Nichtraucherstatus unverzüglich der Continentale Lebensversicherung AG in geschriebener Form mitzuteilen.

**SEPA-Lastschriftmandat**

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

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

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

Aus organisatorischen Gründen werden alle Lastschriften des Continentale Versicherungsverbundes durch die Continentale Krankenversicherung a. G. (Gläubiger-Identifikationsnummer 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-Lastschritfeinzug 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.
- Allgemeine Vertragsinformationen Tarife RL, PRL**  
Die Allgemeinen Vertragsinformationen enthalten unter anderem die Versicherungsbedingungen und die Datenschutzhinweise.
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten – Risikolebensversicherung – Tarife RL, PRL**
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten – Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung – Tarife PBUZB, PBUZR**
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten – Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung – Tarife PEUZB, PEUZR**

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

Stand (Datum siehe Titelblatt der Allg. Vertragsinformationen)

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 Fax: 0049 / 89 / 5153 - 347  
Baierbrunner Straße 31-33, D-81379 München, E-Mail-Adresse: kundenservice-lv@continentale.de  
Postfach, D-81357 München

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 gewählter 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.

## Schlussklärung und Antragsunterschriften

- 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 zum Datenschutz in Abschnitt B) (Seite 7) sowie die „Schlussklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person“ (Seite 8) 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

X

X

Unterschrift des Vermittlers

## 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 Behandlungsdauer 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 § 11a 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 Leistungsfällprüfung 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 7).**
  - 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.**

Datum

X

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

Datum

X

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 Versicherungsverbundes 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 Versicherungsvertreterers 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-Lastschreifeinzug, 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.

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

Die Continentale Lebensversicherung AG darf nach dem österreichischen Gentechnikgesetz (GTG) 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.

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

## Umfang der ärztlichen Untersuchung in Abhängigkeit vom beantragten Versicherungsschutz

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

Versicherungsschutz	Umfang der ärztlichen Untersuchung
Über 400.000 EUR Todesfall-Leistung 2.500 EUR mtl. BU-/EU-Rente 1.500 EUR mtl. Lebenspartnerrente	oder oder Untersuchung auf üblichem Attestformular (Ärztliches Zeugnis) mit den angegebenen Laborwerten inkl. HIV-Test durch praktischen Arzt oder Facharzt für innere Medizin zusätzlich ■ Cotinintest (nur bei Beantragung der Risikoversicherung für Nichtraucher) ■ Zusatzlaborwert nt-pro BNP (ab Eintrittsalter 50 Jahre)
Über 1.000.000 EUR Todesfall-Leistung 3.000 EUR mtl. BU-/EU-Rente 2.000 EUR mtl. Lebenspartnerrente	oder oder Zusätzlich zur Untersuchung auf üblichem Attestformular (Ärztliches Zeugnis) mit den angegebenen Laborwerten inkl. HIV-Test, jedoch durch den Facharzt für innere Medizin ■ kleine Lungenfunktionsprüfung ■ Echocardiographie (2D Echo) ■ abdominelle Sonographie ■ Zusatzlaborwerte (jeweils mit Angabe des Labor-Normbereichs): Bilirubin, Harnstoff, GOT, Quick ■ Cotinintest (nur bei Beantragung der Risikoversicherung für Nichtraucher) ■ Zusatzlaborwert nt-pro BNP (ab Eintrittsalter 50 Jahre)

Bei den Summengrenzen ist eine eventuell beantragte Sofortbonus-Summe bzw. -Rente aus der Überschussbeteiligung zu berücksichtigen. Ebenfalls zu berücksichtigen sind bei der Continentale Lebensversicherung AG bestehende Vorversicherungen der letzten 5 Jahre inklusive ggf. bestehender Todesfall-/Sofortbonus-Summen bzw. Sofortbonus-Renten.

## Begriffserläuterungen

### 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 Wehrpflichtigen während des Grundwehrdienstes gilt der vor Aufnahme des Wehrdienstes zuletzt ausgeübte Beruf und Berufsstatus.

### Grad der Ausbildung

Eine Meister-/Befähigungsprüfung 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 der Wirtschaftskammer Österreich (WKO) im kaufmännischen Bereich oder der positiv abgelegten Abschlussprüfung der Handelsakademie (HAK) nachgewiesen.

Ein Abschluss Industrie wird mit einem Abschlusszeugnis der Wirtschaftskammer Österreich (WKO) im Bereich Industrie oder der erfolgreich abgelegten Abschlussprüfung der Höheren Technischen Lehranstalt (HTL) nachgewiesen.

Ein handwerklicher Abschluss wird mit einem Abschlusszeugnis der Wirtschaftskammer Österreich (WKO) im handwerklichen Bereich nachgewiesen.

### Akademiker/ Student Uni/ FH

Akademiker sind Personen, die einen akademischen Grad einer deutschen Hochschule gemäß den Hochschulgesetzen der jeweiligen Bundesländer (z. B. Universität, Technische Hochschule (TU), Fachhochschule (FH)) nachweisen können (Diplom, Bachelor, Master, Staatsexamen). Nicht zu den Akademikern zählen Absolventen von Berufsakademien (BA).

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

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

### Leitende Tätigkeit mit mindestens 5 personell unterstellten Vollzeitkräften

Bei der Bestimmung der Anzahl der Vollzeitkräfte werden alle personell unterstellten Vollzeitkräfte sowie anteilig auch die personell unterstellten teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden Mitarbeiter mit einer geringfügigen Beschäftigung 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.

## Risikoträger

### Continentale Lebensversicherung AG

– Direktion –  
Baierbrunner Str. 31-33, D-81379 München  
Postfach, D-81357 München

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

Sitz der Gesellschaft: München  
Handelsregister Amtsgericht München B 182 765  
USt-ID-Nr: DE 124 906 368