

Antrag

ÖSTERREICH

Berufsunfähigkeits-Versicherung

Continentale PremiumBU **Tarif PBU**

Continentale PremiumBU Start **Tarif PBUS**

Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

Continentale PremiumEU **Tarif PEU**

Continentale PremiumEU Start **Tarif PEUS**

Stand: 01.06.2020

Continentale Lebensversicherung AG

Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit

Baierbrunner Straße 31-33, D-81379 München

www.continentale.de

Vertrieb durch:

Continentale Assekuranz Service GmbH

– Vertriebsbüro Österreich –

Fichtegasse 2a

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

Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

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

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 9)

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

1 freiwillige Angabe zum Zweck der vertraglichen Kommunikation 2 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 ¹ E-Mail-Adresse ¹
 Berufsstatus (zusätzliche Begriffserläuterungen siehe Seite 9)
 Selbstständiger / Freiberufler Angestellter Arbeiter Öfftl. Dienst Beamter Student Uni / FH / DH Auszubildender / BA-Student / sonst. Student Beruf (zurzeit ausgeübt), Branche bzw. Studienrichtung

1 freiwillige Angabe zum Zweck der vertraglichen Kommunikation

Zusätzliche Angaben zur zu versichernden Person – bitte immer beantworten (zusätzl. Begriffserläuterungen siehe Seite 9)

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

Weitere Vertragsdaten

Bezugsberechtigung (bitte immer namentlich benennen):

Bezugsberechtigter für den **Erlebensfall** der versicherten Person (falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer) Nach- und Vorname Geburtsdatum

Bezugsberechtigter für den **Todesfall** der versicherten Person, sofern noch Leistungen fällig werden (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?

Berufsunfähigkeits-Versicherung

Tarif PBU
 Continentale PremiumBU mit Karriere-Paket Pflege-Paket Plus-Paket

Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

Tarif PEU
 Continentale PremiumEU mit Karriere-Paket Pflege-Paket

Versicherungsbeginn
 01 . Monat . Jahr

Rente monatlich nachschüssig
 EUR

Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer

Angaben mit Endalter

Versicherungs- und Beitragszahlungs-Endalter Jahre
 Leistungsdauer Jahre

oder

Angaben mit Dauern

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

Beitragszahlungsweise

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

Karenzzeit für die Rentenzahlung (nicht in Verbindung mit Plus-Paket)
 ja Monate

Überschussbeteiligung für die Zeit, in der keine Leistung wegen Berufs- / Erwerbsunfähigkeit erfolgt (falls keine Eintragung: Beitragsverrechnung)
 Beitragsverrechnung Verzinsliche Ansammlung Sofortbonus

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

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 %

Dynamik – Jährliche automatische Anpassung des laufenden Beitrags der Versicherung

im gleichen Verhältnis wie der Verbraucherpreisindex, mindestens um 2%, höchstens um 6%
 um einen gleichbleibenden Satz von %¹ (ganzzahlig 2-5%)

1 Bei Vereinbarung einer Anpassung um gleichbleibend 4 oder 5 Prozent: Übersteigt bei der Anpassung die erreichte monatliche Rente (ggf. inkl. Sofortbonus) erstmalig die Höhe von 2.500 Euro, so erfolgen alle weiteren Anpassungen dann im gleichen Verhältnis wie der Verbraucherpreisindex, mindestens um 2%, höchstens um 6%.
 2 Die Höhe der Überschussbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

**Beitrag
 entsprechend Zahlungsweise**

Beitrag EUR

Zahlbetrag
 bei Beitragsverrechnung²

EUR

zzgl. Versicherungssteuer

4 % EUR

zu zahlender Gesamt-Zahlbetrag²

EUR

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

Berufsunfähigkeits-Versicherung

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

Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

Tarif PEUS
 Continentale PremiumEU Start mit Karriere-Paket Pflege-Paket

Versicherungsbeginn
 01 . Monat . Jahr

Rente monatlich nachschüssig
 EUR

Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer

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

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

Karenzzeit für die Rentenzahlung (nicht in Verbindung mit Plus-Paket)
 ja Monate

Überschussbeteiligung für die Zeit, in der keine Leistung wegen Berufs- / Erwerbsunfähigkeit erfolgt (falls keine Eintragung: Beitragsverrechnung)
 Beitragsverrechnung Verzinsliche Ansammlung Sofortbonus

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

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 %

Dynamik – Jährliche automatische Anpassung des laufenden Beitrags der Versicherung ab dem 9. Versicherungsjahr

im gleichen Verhältnis wie der Verbraucherpreisindex, mindestens um 2%, höchstens um 6%
 um einen gleichbleibenden Satz von %¹ (ganzzahlig 2-5%)

Beitrag
entsprechend Zahlungsweise
(50% des Zielbeitrags)

Anfänglicher Beitrag EUR

Anfänglicher Zahlbetrag bei Beitragsverrechnung² EUR

zzgl. Versicherungssteuer 4% EUR

Anfänglicher Gesamt-Zahlbetrag² (inkl. Versicherungssteuer) EUR

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

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

1 Bei Vereinbarung einer Anpassung um gleichbleibend 4 oder 5 Prozent: Übersteigt bei der Anpassung die erreichte monatliche Rente (ggf. inkl. Sofortbonus) erstmalig die Höhe von 2.500 Euro, so erfolgen alle weiteren Anpassungen dann im gleichen Verhältnis wie der Verbraucherpreisindex, mindestens um 2%, höchstens um 6%.
 2 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 Gefahrumstände, 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 der Beruf, 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 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. Angaben zu bereits durchgeführten prädiktiven Gentests brauchen Sie 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.

3473/06.2020 ■ Antrag PBUS/PEUS, PBUS/PEUS Österreich

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

A. Allgemeine Fragen zur persönlichen Situation

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

B. Besondere Risikofragen zur Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

1. Sind Sie Raucher, haben Sie also in den letzten zwölf Monaten aktiv, wenn auch nur gelegentlich, Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen? ja nein
 2. Bestehen für Sie bereits Absicherungen für den Fall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder den Verlust von Grundfähigkeiten oder sind solche beantragt? Hierzu zählen
 - private Versicherungen oder Zusatzversicherungen
 - Ansprüche aus einer betrieblichen Altersversorgung
 - Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder auf Versorgungsansprüche aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen
 Art der Absicherung? Höhe der jeweiligen monatlichen Rente in Euro? Name des Unternehmens bzw. des Versorgungsträgers? ja nein
 3. 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

Beginn der Selbstständigkeit
 4. 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?
 5. Haben Sie in den letzten **5 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? Wenn ja, wann und weshalb? ja nein
- Bei Gesamtrenten¹ über 2.500 Euro monatlich bitte Einkommensnachweise bzw. Nachweise über den Gewinn / Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre einreichen.
- 1 Bei den Gesamtrenten sind private und betriebliche Leistungen, auch bei anderen Gesellschaften / Versorgungsträgern, sowie Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder auf Versorgungsansprüche aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen mit einzubeziehen.

C. Erklärung zum Gesundheitszustand

1. Größe cm Gewicht kg
2. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten **5 Jahren** Krankheiten oder Beschwerden
 - a) **des Herzens oder des Kreislaufs** (z. B. ärztlich diagnostizierter Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Thrombose, Venenleiden, Durchblutungsstörungen)? ja nein
 - b) **der Atmungsorgane** (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe)? ja nein
 - c) **an Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse oder Galle** (z. B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre oder -entzündungen, Fettleber oder Leberentzündung/Hepatitis, Veränderungen der Leberwerte)? ja nein
 - d) **an Niere und Harnwegen, Prostata, Geschlechtsorganen** (z. B. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin)? ja nein
 - e) **des Stoffwechsels** (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)? ja nein
 - f) **durch akute oder chronische Infektionen** (z. B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose)? ja nein
 - g) **des Gehirns und Nervensystems** (z. B. Anfallsleiden, Lähmungen, Parkinson, Migräne)? ja nein
 - h) **der Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen** (z. B. Bewegungseinschränkungen, Hüftgelenk-Fehlstellung, Bandscheibenvorfall, Meniskussschaden, rheumatische Beschwerden, Fibromyalgie)? ja nein
 - i) **der Haut** (z. B. Ekzeme, Neurodermitis, Schuppenflechte)? ja nein
 - j) **der Augen** (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Sehhstörungen, 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 Wehrdienstschädigung (WDB)?
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)?

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., ergänzen Sie bitte im Fragenblock auf Seite 6.

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 Kurenlassungsberichte mit einreichen.

Beigefügte Vereinbarungen / Unterlagen

Mit ärztlicher Untersuchung Weitere Angaben auf unterschriebenem Extrablatt

Sonstiges, und zwar _____

SEPA-Lastschriftmandat

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

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

Wenn Sie kein Rahmenmandat erteilen oder einer Einbeziehung dieses 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 Versicherungsverbandes durch die Continentale Krankenversicherung a. G. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ00000053646) durchgeführt und mit „Continentale / Europa Verbund“ auf Ihrem Kontoauszug ausgewiesen. Hierbei handelt die Continentale Krankenversicherung a. G. im Auftrag der anderen Versicherer des Continentale Versicherungsverbandes.

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

Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ00000053646

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

Ort / Datum

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

X

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 Tarif PBU oder

Allgemeine Vertragsinformationen Tarif PEU oder

Allgemeine Vertragsinformationen Tarife PBUS, PEUS

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten – Berufsunfähigkeits-Versicherung – Tarife PBU, PBUS

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten – Erwerbsunfähigkeits-Versicherung – Tarife PEU, PEUS

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

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

Stand (Datum siehe Titelblatt der Allg. Vertragsinformationen)

Unterschrift des Antragstellers / ggf. der gesetzlichen Vertreter

X

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.

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. 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 Versicherungsververtreters 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 Auskunftseien 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.

Datenschutzhinweise bei abweichendem Beitragszahler

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

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	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	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), Fach-

hochschule (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