

# Antrag

ÖSTERREICH

**Berufsunfähigkeits-Versicherung**

**Continentale PremiumBU**

**Tarif PBU**

**Continentale PremiumBU Start**

**Tarif PBUS**

Stand: 01.01.2022

Continentale Lebensversicherung AG

Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit

Baierbrunner Straße 31-33, 81379 München

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



## 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.

### Mitteilung nach §§ 16ff VersVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

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

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in geschriebener Form gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten (vorvertragliche Anzeigepflicht). Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

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

#### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

##### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Bei einer schuldhaften Verletzung der Anzeigepflicht können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten.

Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir die nicht oder unrichtig angezeigten Umstände kannten oder wir den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht oder unrichtig angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen hätten.

Wenn wir den Rücktritt erklären, besteht kein Versicherungsschutz.

Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände

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

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Wenn der Versicherungsvertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Bei einer Rentenversicherung haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Auszahlungsbetrags, bei einer Risikoversicherung oder einer Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeitsversicherung wird kein Auszahlungsbetrag fällig.

##### 2. Schuldlose Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Sofern die Anzeigepflicht schuldlos erfolgt ist, verzichten wir auf die uns aus § 41 VersVG zustehenden Rechte zur Anpassung und Kündigung des Versicherungsvertrags.

##### 3. Weitere Voraussetzungen für die Ausübung unseres Rechtes auf Rücktritt

Wir müssen unser Recht auf Rücktritt innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unseres Rechtes müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Wir können uns auf unser Recht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefährdungsstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unser Recht können wir nur innerhalb von drei Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Wurde die Anzeigepflicht arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre seit Vertragsabschluss.

##### 4. Stellvertretung durch eine andere Person

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

# Antrag

## Continentale PremiumBU/Continentale PremiumBU Start

### Vertriebspartner / interne Vermerke

VEP-Name <input type="text"/>	VEP-Nr. <input type="text"/>	Telefon-Nr. <input type="text"/>	Fremd-Nr. 1 <input type="text"/>	Adress-Konto-Nr. <input type="text"/>	AKZ <input type="text"/>
Antrags-Nr. <input type="text"/>	Versicherungs-Nr. <input type="text"/>	Kunden-Nr. (sofern bekannt) <input type="text"/>	Weiterer Vertrag im Verbund <input type="text"/>	Versand Versicherungsschein an VEP <input type="checkbox"/> Original <input type="checkbox"/> _____ Kopie(n)	

### Antragsteller (Versicherungsnehmer)

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

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 <input type="checkbox"/>	Herr <input type="checkbox"/>	Nachname <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>
Straße, Hausnummer <input type="text"/>		Postleitzahl <input type="text"/>	Wohnort <input type="text"/>
Geburtsdatum <input type="text"/>		Staatsangehörigkeit <input type="text"/>	
Berufsstatus (Begriffserläuterungen siehe Seite 11)			
<input type="checkbox"/> Selbstständiger / Freiberufler	<input type="checkbox"/> Angestellter	<input type="checkbox"/> Arbeiter	<input type="checkbox"/> Öfftl. Dienst
<input type="checkbox"/> Student Uni/FH/DH	<input type="checkbox"/> Auszubildender / BA-Student / sonst. Student	Telefonnummer für Rückfragen <sup>1</sup> <input type="text"/>	
Beruf (zurzeit ausgeübt), Branche bzw. Studienrichtung <input type="text"/>			E-Mail-Adresse <sup>1</sup> <input type="text"/>

1 freiwillige Angabe zum Zweck der vertraglichen Kommunikation

### Besondere Vereinbarungen

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

### Beigefügte Vereinbarungen/Unterlagen

Mit ärztlicher Untersuchung

Weitere Angaben auf unterschriebenem Extrablatt

Sonstiges, und zwar

Tarif PBU  
 Continentale PremiumBU

Tarif PBUS  
 Continentale PremiumBU Start

oder

mit  Karriere-Paket  Pflege-Paket  Plus-Paket

Versicherungsbeginn  
 01. Monat . Jahr

Rente  
 monatlich nachschüssig

**Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer**

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

oder

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

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

Beitragsverrechnung  Verzinsliche Ansammlung  Sofortbonus

Sofortkapital im Leistungsfall  
 (nicht in Verbindung mit Karenzzeit)  
 ja

**Leistungsdynamik**  
 Jährliche Steigerung der BU-Rente im Leistungsfall (0,1 % bis 3,0 %)

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

Anderer Prozentsatz  %

**Dynamik – Jährliche automatische Anpassung des laufenden Beitrags der Versicherung, bei Tarif PBUS ab dem 9. Versicherungsjahr,**

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

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

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%.

**Zusätzliche Angaben zu Ausbildung und beruflicher Tätigkeit der zu versichernden Person (Begriffserläuterungen siehe Seite 11)**

Grad der Ausbildung

Akademiker (Uni/FH/DH)

abgeschlossene Berufsausbildung mit abgelegter Lehrabschlussprüfung, Regelausbildungszeit von 3 Jahren oder mehr in der derzeitig ausgeübten Tätigkeit

abgeschlossene Meisterprüfung in der derzeitig ausgeübten Tätigkeit

Kaufmännischer Abschluss (WKO o. HAK)

Abschluss Industrie (WKP 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

**Bezugsberechtigung und Rechtsnachfolge**

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

Bezugsberechtigter für den <b>Erlebensfall</b> der versicherten Person (falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer)	Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Nach- und Vorname <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/>
	Straße, Hausnummer <input type="text"/> Postleitzahl <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/>
Bezugsberechtigter für den <b>Todesfall</b> der versicherten Person, sofern noch Leistungen fällig werden (falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer oder seine Erben)	Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Nach- und Vorname <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/>
	Straße, Hausnummer <input type="text"/> Postleitzahl <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/>

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

Besondere Vereinbarungen zu Bezugsberechtigung und Rechtsnachfolge

## Beitrag

**Ihr Beitrag  
entsprechend Zahlungsweise**

1/12     1/4     1/2     1/1

Tarif PBU	oder	Tarif PBUS
Beitrag _____ EUR		Anfänglicher Beitrag _____ EUR
Zahlbetrag bei Beitragsverrechnung <sup>1</sup> _____ EUR		Anfänglicher Zahlbetrag bei Beitragsverrechnung <sup>1</sup> _____ EUR
zzgl. Versicherungssteuer (4%) _____ EUR		zzgl. Versicherungssteuer (4%) _____ EUR
Gesamt-Zahlbetrag bei Beitragsverrechnung <sup>1</sup> _____ EUR		Anfänglicher Gesamt-Zahlbetrag bei Beitragsverrechnung <sup>1</sup> _____ EUR

Anfänglicher Beitrag: 50% des Zielbeitrags. Der Beitrag steigt vom 4. bis zum 8. Versicherungsjahr jährlich an.

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

## SEPA-Lastschriftmandat

Das nachfolgende Mandat wird als sogenanntes „Rahmenmandat“ vereinbart. Dadurch können fällige Beträge, die sich ggf. aus weiteren Verträgen mit verschiedenen Versicherern des Continentale 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 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 Versicherungsverbandes.

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

**Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ0000053646**

Mandatsreferenznummer – wird separat mitgeteilt.

<input type="checkbox"/>	Frau	<input type="checkbox"/>	Herr	<input type="checkbox"/>	Firma	Nachname und Vorname des Kontoinhabers / Firma Kontoinhaber	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer							
Postleitzahl		Ort					

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

Name und Ort des Kreditinstituts	IBAN
	<input checked="" type="checkbox"/>
Datum	Unterschrift des Kontoinhabers und/oder der gesetzlichen Vertreter, z. B. bei Minderjährigen

### Datenschutzhinweise bei abweichendem Beitragszahler

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

## Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich die folgenden Unterlagen erhalten habe:

<input type="checkbox"/> <b>Individuelle Vertragsinformationen</b> Die Individuellen Vertragsinformationen unter Berücksichtigung der individuellen Angaben in diesem Antrag enthalten insbesondere die Belehrung über das Rücktrittsrecht sowie die Tabelle der Garantiewerte.	IVI-Nummer (siehe Seite 1 der Indiv. Vertragsinformationen) _____
<input type="checkbox"/> <b>Allgemeine Vertragsinformationen Tarif PBU oder</b>	Stand (Datum siehe Titelblatt der Allg. Vertragsinformationen) _____
<input type="checkbox"/> <b>Allgemeine Vertragsinformationen Tarife PBUS, PEUS</b>	_____
<input type="checkbox"/> <b>Informationsblatt zu Versicherungsprodukten – Berufsunfähigkeits-Versicherung – Tarife PBU, PBUS</b>	_____

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

Unterschrift des Antragstellers / ggf. der gesetzlichen Vertreter

## Weitere Informationen

### 1. Vertragsgrundlagen

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

### 2. Antragsdurchschrift

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

### 3. Sprache

Die Vertragsinformationen werden Ihnen in deutscher Sprache übermittelt. Sämtliche Kommunikation und Korrespondenz finden in deutscher Sprache statt.

## Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in geschriebener Form gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Bitte beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach §§ 16ff VersVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 2 dieses Antrags.

**Bitte beachten Sie:** Ein ärztliches Attest oder ärztliches Zeugnis ersetzt nicht die Beantwortung dieser Fragen. Bitte beantworten Sie die Fragen auch, wenn Sie bei unserem Unternehmen oder einem anderen Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit bereits versichert sind. Achten Sie auch darauf, dass eventuelle Korrekturen von der versicherten Person in jedem Einzelfall abgezeichnet sein müssen.

Um Ihnen die Beantwortung der einzelnen Fragen zu erleichtern, haben wir vielfach in Klammern auch Beispiele für Krankheiten usw. genannt. Es handelt sich dabei nicht um eine abschließende Aufzählung. Angaben zu bereits durchgeführten prädiagnostischen Tests brauchen Sie nicht zu machen (siehe Erläuterung auf Seite 7). Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Antragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne stellen, um dann aktuell eine Antragsentscheidung treffen zu können.

### A. Allgemeine Fragen zur persönlichen Situation

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

### B. Besondere Risikofragen zur Berufsunfähigkeits-Versicherung

1. Sind Sie Raucher, haben Sie also in den letzten zwölf Monaten aktiv, wenn auch nur gelegentlich, Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen?  ja  nein
2. Bestehen für Sie bereits Absicherungen für den Fall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder den Verlust von Grundfähigkeiten oder sind solche beantragt? Hierzu zählen
- private Versicherungen oder Zusatzversicherungen
  - Ansprüche aus einer betrieblichen Altersversorgung
  - Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder auf Versorgungsansprüche aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen
- Art der Absicherung? Höhe der jeweiligen monatlichen Rente in Euro? Name des Unternehmens bzw. des Versorgungsträgers?  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? Weshalb? Wann? Höhe der monatl. Rente in Euro? Name des Unternehmens?  ja  nein
4. Beabsichtigen Sie mit der beantragten Versicherung einen bestehenden Vertrag abzulösen? Wenn ja, welchen? Bis wann? Höhe der monatlichen Rente in Euro? Name des Unternehmens?  ja  nein
5. Haben Sie in den letzten **5 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? Wenn ja, wann und weshalb?  ja  nein
6. **Nur 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.
- 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, Meniskusschaden, rheumatische Beschwerden, Fibromyalgie)?  ja  nein
- i) **der Haut** (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte)?  ja  nein
- j) **der Augen** (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Sehstörungen, Horn- und Netzhauterkrankung, Star-Erkrankung, erhöhter Augeninnendruck)?  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 Betaubungsmittel? Wurden Sie in den letzten **10 Jahren** deswegen oder wegen Alkoholkonsums und/oder dessen Folgen beraten oder behandelt?  ja  nein
8. Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen bzw. dauerhafte körperliche Behinderungen? Wenn ja, welche/aufgrund welchen Leidens (z. B. Multiple Sklerose, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, rheumatoide oder infektiöse Erkrankungen)? Besteht ein Grad der Behinderung (GdB), ein Grad der Schädigungsfolge (GdS)/eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)?  ja  nein
9. Sind Sie zurzeit mit Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung krankgeschrieben?  ja  nein
10. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test) oder warten Sie noch auf das Ergebnis eines durchgeführten AIDS-Tests?  ja  nein
11. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert (Name, Anschrift und Fachrichtung)?

Falls Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, ergänzen Sie dazu bitte die Details im Fragenblock auf Seite 7.

**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.

**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.



## Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

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

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

### 1 Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch die Continentale Lebensversicherung AG

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

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

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

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

### 2 Einwilligung zur Ermittlung und Übermittlung von Daten gemäß § 11a VersVG

#### 2.1 bei Vertragsabschluss

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).

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den genannten Ärzten, Krankenhäusern, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, sowie den bekannt gegebenen Sozialversicherungsträgern ermitteln darf.

Soweit erforderlich bin ich auch damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang der Schweigepflicht unterliegende Informationen durch die Continentale Lebensversicherung AG an die genannten Stellen weitergegeben werden. Insoweit befreie ich die für die Continentale Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

#### 2.2 im Versicherungsfall

Unerlässliche Auskünfte im Sinne der nachfolgenden Einwilligung 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, Krankenhäusern 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).

Ich werde im Fall einer solchen Datenermittlung 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dann werde ich darauf hingewiesen, dass ich dieser Datenermittlung binnen der 14tägigen Frist gegenüber der Continentale Lebensversicherung AG widersprechen kann.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenhäusern oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf.

Soweit erforderlich bin ich auch damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang meine Gesundheitsdaten und andere der Schweigepflicht unterliegende Informationen durch die Continentale Lebensversicherung AG an die genannten Stellen weitergegeben werden. Insoweit befreie ich die für die Continentale Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Nach § 11a VersVG besteht für mich auch die Möglichkeit, anstelle der Einwilligung in diesem Antrag zur Datenermittlung für die Bearbeitung eines Versicherungsfalles in die Datenermittlung zur Bearbeitung eines Versicherungsfalles jeweils gesondert im Einzelfall einzuwilligen. Mache ich von diesem Recht auf Einzelfalleinwilligung Gebrauch, teile ich das der Continentale Lebensversicherung AG durch die unten stehende Checkbox mit.

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

#### Möglichkeit I:

Ich willige in die Datenermittlung zur Bearbeitung des Versicherungsfalles ein und werde im Fall der Datenermittlung zur Bearbeitung eines konkreten Versicherungsfalles verständigt, woraufhin mir ein 14tägiges Widerrufsrecht zusteht.

#### Möglichkeit II:

Ich möchte im Fall der Datenermittlung zur Bearbeitung eines konkreten Versicherungsfalles die Einzeleinwilligung erteilen.

Für 2.1 und 2.2 gilt: Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Die Erklärungen gelten auch für die Bearbeitung aller Versicherungsfälle, die vor Ablauf der genannten Frist eingetreten sind. Für die Prüfung, ob bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

### 2.3 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

#### Möglichkeit I:

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten und anderer der Schweigepflicht unterliegenden Informationen bei anderen Stellen wie oben unter Ziffer 2.2 (Möglichkeit I) ein. Dies gilt für die Leistungsprüfung bzw. eine erforderliche erneute Antragsprüfung.

#### Möglichkeit II:

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

### 3 Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und anderer der Schweigepflicht unterliegender Informationen an Stellen außerhalb der Continentale Lebensversicherung AG

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 medizinische Gutachter und Auftragsverarbeiter. In den nachfolgenden Fällen ist eine Einwilligung und/oder eine Schweigepflichtentbindung zur Bearbeitung Ihrer Anliegen zwingend erforderlich.

#### 3.1 Übertragung von Aufgaben auf Dienstleister

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

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

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

#### 3.2 Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer

Wenn Sie als versicherte Person nicht selbst Antragsteller bzw. Vertragspartei sind, kann es erforderlich sein, dass wir dem Versicherungsnehmer Daten mitteilen, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen. Das gilt insbesondere für die Ergebnisse der Risikoprüfung wie die Versicherbarkeit einschließlich der Feststellung etwaiger Ausschlüsse vom Versicherungsschutz wegen bestimmter Erkrankungen. Auch zur Durchführung des Versicherungsvertrags kann es erforderlich sein, dem Versicherungsnehmer Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit geben, zur Kenntnis zu geben. Das gilt insbesondere, wenn an den Versicherungsnehmer Hinweise auf zu erfüllende vertragliche Anzeige- und Auskunftsspflichten oder zur Einhaltung von Fristen gegeben werden müssen sowie für die Mitteilung der Ergebnisse der Leistungsprüfung. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, für diesen Fall einen Versicherungsschutz anzubieten.

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

#### 3.3 Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Wir geben in der Regel keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvermittler (Versicherungsvertreter oder Versicherungsmakler) weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, Versicherungsvermittlern 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 (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

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

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

## Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung (Fortsetzung)

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

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

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

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

In einem solchen Fall kann es dazu kommen, dass diesen Abschlussvermittlern auch nach Ende ihrer Betreuung Ihres Vertrags noch Daten über Veränderungen des Vertrags, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung oder die Beitragsfreistellung des Vertrags übermittelt werden. Dies ist erforderlich, um unsere vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem jeweiligen Abschlussvermittler zu erfüllen. Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsmakler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvermittler ein. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG an Versicherungsvermittler und Dienstleister von Versicherungsvermittlern auch nach Ende ihrer Betreuung meines Vertrags noch Daten über Veränderungen des Vertrags, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung oder die Beitragsfreistellung des Vertrags – soweit erforderlich – übermittelt und diese dort verarbeitet werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich dazu die für die Continentale Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

### 4 Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir verarbeiten Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherer beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert. Dafür benötigen wir Ihre Einwilligung.

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

### 5 Datenübermittlung an Auskunfteien

Im Zusammenhang mit der Antragstellung wird zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos eine Bonitätsauskunft eingeholt. Auch bei Sonderzahlungen zu laufenden Versicherungsverträgen kann eine Bonitätsprüfung erforderlich sein.

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.

### 6 Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später unter der oben angegebenen Adresse mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen nochmals klarstellend darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrags in der Regel nicht möglich sein wird.

Geben Sie uns Ihre Erklärung und Einwilligung in den Fällen der Ziffern 1, 2.1 bis 2.3, 3.3, 3.4 und 5 zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, kann dies zu einer Verzögerung der Risikoprüfung führen oder der Abschluss des Versicherungsvertrags nicht möglich sein. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt, kann dies zu einer Verzögerung bei der noch nicht abgeschlossenen Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung im Fall der Ziffer 3.1 nach Begründung des Versicherungsvertrags unter Nennung des Dienstleisters sowie Darlegung Ihrer besonderen Situation, werden wir eine Interessensabwägung der konkreten Sachlage vornehmen und Sie über unser Ergebnis informieren.

Ist ein sonstiger Widerruf treuwidrig oder wird dadurch die weitere Vertragsdurchführung unmöglich, können wir einen solchen Widerruf nicht berücksichtigen.

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

## Belehrung über die Rücktrittsrechte des Versicherungsnehmers

### 1. 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.

### 2. Rücktrittsrecht nach § 8 FernFinG

Sofern der Vertrag als Fernabsatzvertrag im Sinne des Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetzes – FernFinG zustande gekommen ist, gilt auch

- (1) Sie können binnen 30 Tagen ohne Angabe von Gründen von Ihrem Versicherungsantrag oder vom Versicherungsvertrag zurücktreten.
- (2) Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem Sie über den Abschluss des Vertrags informiert werden und Ihnen die Versicherungsbedingungen zugegangen sind. Es genügt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb der Frist in geschriebener Form oder auf einem dauerhaften Datenträger erklärt und an den Versicherer – Adresse siehe Punkt 1. (3) – abgesendet wird.
- (3) Durch den wirksamen Rücktritt vom Versicherungsvertrag wird das Vertragsverhältnis rückwirkend aufgelöst, d. h., es endet der Versicherungsschutz. Wurde bereits Deckung gewährt, hat der Versicherer Anspruch auf eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie (Beitrag).

## 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.

## Schlussklärung und Antragsunterschriften

Meine Angaben in diesem Antrag sind vollständig und richtig. Die „Mitteilung nach § 16 ff VersVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 2 habe ich zur Kenntnis genommen. **Jede bis zur Annahme des Antrags noch eintretende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der zu versichernden Person werde ich dem Versicherer unverzüglich in geschriebener Form anzeigen.** Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflichten den Vertrag kündigen oder die Leistung verweigern kann.

Mit meiner Unterschrift gebe ich die vorstehenden Erklärungen, insbesondere die „Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung“, ab.

Ich bestätige, dass ich am Vertrag beteiligte Personen zu den Datenschutzhinweisen informiere. Über meine Rücktrittsrechte bin ich informiert.

Datum

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

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person ab Alter 16  
und/ oder der gesetzlichen Vertreter, z. B. bei Minderjährigen

Datum

Unterschrift des Vermittlers

## 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  
USI-ID-Nr: DE 124 906 368

## Umfang der ärztlichen Untersuchungen in Abhängigkeit vom beantragten Versicherungsschutz

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

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

Versicherungsschutz	Umfang der ärztlichen Untersuchung
Über 400.000 EUR Todesfall-Leistung 2.500 EUR mtl. BU-/EU-Rente	oder Untersuchung auf üblichem Attestformular (Ärztliches Zeugnis) mit den angegebenen Laborwerten inkl. HIV-Test durch praktischen Arzt oder Facharzt für innere Medizin zusätzlich <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cotinintest (nur bei Beantragung der Risikoversicherung für Nichtraucher)</li> <li>■ Zusatzlaborwert nt-pro BNP (ab Eintrittsalter 50 Jahre)</li> </ul>
Über 1.000.000 EUR Todesfall-Leistung 3.000 EUR mtl. BU-/EU-Rente	oder Zusätzlich zur Untersuchung auf üblichem Attestformular (Ärztliches Zeugnis) mit den angegebenen Laborwerten inkl. HIV-Test, jedoch durch den Facharzt für innere Medizin <ul style="list-style-type: none"> <li>■ kleine Lungenfunktionsprüfung</li> <li>■ Echocardiographie (2D Echo)</li> <li>■ abdominale Sonographie</li> <li>■ Zusatzlaborwerte (jeweils mit Angabe des Labor-Normbereichs): Bilirubin, Harnstoff, GOT, Quick</li> <li>■ Cotinintest (nur bei Beantragung der Risikoversicherung für Nichtraucher)</li> <li>■ Zusatzlaborwert nt-pro BNP (ab Eintrittsalter 50 Jahre)</li> </ul>

## Begriffserläuterungen

### 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.