

Antrag

Berufsunfähigkeits-Versicherung Tarif B1 *Premium*

Continentale Lebensversicherung AG
Direktion: Baierbrunner Straße 31-33
D-81379 München
www.continentale.de

Private Krankenversicherung Optionstarif AV-P1

Continentale Krankenversicherung a. G.
Direktion: Ruhrallee 92
D-44139 Dortmund
www.continentale.de

Stand: 01.04.2011

┌

┐

└

┘

Versicherungsantrag

Berufsunfähigkeits-Versicherung

Antragsteller (Versicherungsnehmer)				VEP-Nummer	
<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Firma	Familienname (ggf. abweichender Geburtsname) bzw. Name der Firma	Vorname	Antragsnummer
Straße, Hausnummer ¹				Staatsangehörigkeit	Cabrio-Nummer
Postleitzahl ¹		Wohnort ¹		Familienstand (Angabe freiwillig)	Telefon privat (Angabe freiwillig)
<input type="checkbox"/> ledig		<input type="checkbox"/> verheiratet		Geschlecht	Telefon geschäftlich (Angabe freiwillig)
<input type="checkbox"/> männlich		<input type="checkbox"/> weiblich			

1 Hauptwohnsitz laut Melderegister (beachten Sie dazu die „Bonitätsauskunft“ auf Seite 6)

Berufsstatus (Kennzahl für den Tätigkeitsstatus ist **immer** einzutragen – Weitere zusätzliche Erläuterungen siehe Seite 5)

Kennzahl für Tätigkeitsstatus: Selbständig/Freiberufler/in seit dem Angestellter Arbeiter Öfftl. Dienst Beamter Student Uni/FH Auszubildender/sonst. Student

Derzeitig ausgeübte Tätigkeit / Branche bzw. Studienrichtung

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Familienname (ggf. abweichender Geburtsname)	Vorname	Staatsangehörigkeit
Straße, Hausnummer ¹		Postleitzahl ¹	Wohnort ¹	
Derzeitig ausgeübte Tätigkeit / Branche bzw. Studienrichtung		Geburtsdatum	Geschlecht	Familienstand (Angabe freiwillig)
<input type="checkbox"/> männlich		<input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet
Telefon geschäftlich (Angabe freiwillig)		Telefon privat (Angabe freiwillig)		

1 Hauptwohnsitz laut Melderegister (beachten Sie dazu die „Bonitätsauskunft“ auf Seite 6)

Berufsstatus (Kennzahl für den Tätigkeitsstatus ist **immer** einzutragen – Weitere zusätzliche Erläuterungen siehe Seite 5)

Kennzahl für Tätigkeitsstatus: Selbständig/Freiberufler/in seit dem Angestellter Arbeiter Öfftl. Dienst Beamter Student Uni/FH Auszubildender/sonst. Student

Zusätzliche Angaben der zu versichernden Person – bitte immer beantworten (zusätzliche Erläuterungen siehe Seite 5)

Die folgenden Fragen zum Berufsbild führen bei bestimmten Berufen zu einer besseren Berufsgruppeneinstufung. Aufgrund Ihrer Angaben wird bei der Policierung die für Sie bestmögliche Einstufung ermittelt.

Grad der abgeschlossenen Ausbildung

Akademiker Berufsausbildung mit Regelausbildungszeit von 3 Jahren oder mehr in der derzeit ausgeübten Tätigkeit

Meisterprüfung in der derzeit ausgeübten Tätigkeit Kfm.Gehilfenbrief (IHK) oder VFA Facharbeiterbrief (IHK) Gesellenbrief (Handwerkskammer)

Haben Sie eine leitende Tätigkeit mit mindestens 8 personell unterstellten Mitarbeitern? ja nein

Üben Sie zu mindestens 75 % eine Bürotätigkeit (Innendienst) und/oder Aufsichtstätigkeit aus? ja nein

Weitere Vertragsdaten

Bezugsberechtigung (bitte immer namentlich benennen):

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

Bezugsberechtigt für den **Todesfall** der versicherten Person, sofern noch Leistungen fällig werden (falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer)

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

Besondere Vereinbarungen

Einzugsermächtigung – Die Beiträge sind bis auf Widerruf von meinem Konto (kein Sparkonto) einzuziehen.

Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut	Name des Kontoinhabers (falls nicht Antragsteller)	Unterschrift Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)
-------------	--------------	--------------	--	---

Sonstige Erklärungen und Vereinbarungen

Besondere Vereinbarungen

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

Handelt es sich um eine betriebl. Altersversorgung? Wenn ja, Eintritt in den Betrieb am

Versorgungszusage ab

Legitimationsprüfung – Bitte linken Bereich immer beantworten!

Der Antragsteller (Versicherungsnehmer) ist

eine natürliche Person

eine juristische Person (bitte immer Legitimationsprüfung # 3395 beifügen)

Ausweisdaten des Antragstellers (die Ausweisdaten müssen nicht erfasst werden bei Abruf vom eigenen Konto)

Personal-ausweis Reise-pass

Ausweis- / Reisepass-Nummer

Ausstellende Behörde

Wirtschaftlich berechtigt (auch Mehrfachnennung möglich) ist

der Antragsteller (Versicherungsnehmer) zusätzliche weitere Personen oder eine juristische Person (bitte immer Legitimationsprüfung # 3395 beifügen)

der Bezugsberechtigte im Erlebensfall (falls abweichend vom Antragsteller) der Beitragszahler (falls abweichend vom Antragsteller)

eine sonstige Person (z. B. Abtretungsgläubiger, VP bei bAV)

Wirtschaftlich berechtigt ist die natürliche Person oder sind mehrere natürliche Personen, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Versicherungsnehmer letztlich steht oder die natürliche Person, auf deren Veranlassung eine Transaktion letztlich durchgeführt oder eine Geschäftsbeziehung letztlich begründet wird. Sind mehrere Personen wirtschaftlich berechtigt, müssen alle angegeben werden.

Familienname, Vorname	Straße, Hausnummer
Postleitzahl	Wohnort
	Geburtsdatum

2. Durchschrift: Vermittler
1. Durchschrift: Antragsteller
Original: Continentale Leben

Leistungen / Tarifdaten

Berufsunfähigkeits-Versicherung

Tarif B1
 BU-Vorsorge Premium

in Form der **starterVorsorge**

ja (mit automatischer Vertragsverlängerung)

Berufsgruppe (dem Antrag zugrundeliegende Berufsgruppeneinstufung)

Berufsgruppe 1++ Berufsgruppe 1+ Berufsgruppe 1 Berufsgruppe 2+ Berufsgruppe 2 Berufsgruppe 3

Versicherungsbeginn
01 . Monat / Jahr

Rente monatlich
EUR

Versicherungs- und
Beitragszahlungsdauer

Jahre

Leistungsdauer
(gerechnet ab Versicherungsbeginn)

Jahre

Beitragszahlungsweise

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

Karenzeit für die Rentenzahlung

ja Monate

Überschussbeteiligung (falls keine Eintragung: Beitragsverrechnung)

Beitragsverrechnung Verzinsliche Ansammlung Sofortbonus

Wachstumsplan – Jährliche Beitrags-
erhöhung wie Verbraucherpreisindex,
mindestens um 2%, höchstens um 6%

ja

Sofortkapital bei Berufsunfähigkeit
(nicht in Verbindung mit Karenzeit
oder Direktversicherung)

ja

Leistungsdynamik bei Berufsunfähigkeit
Jährliche Steigerung der BU-Rente
bei Berufsunfähigkeit (höchstens 3,0%)

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

Anderer
Prozentsatz

**Ich beantrage den
Optionstarif AV-P1** **Zusätzlicher Umwandlungstermin für den
Optionstarif AV-P1 zum 01 . Monat / Jahr**
oder

Ende der Versicherungspflicht
oder einer Familienversiche-
rung/Entstehen eines neuen
eigenen Beihilfeanspruchs

oder

Eintritt der Versicherungs-
pflicht/Entstehen eines neuen
eigenen Beihilfeanspruchs

Bei beantragter starterVorsorge: Daten des Verlängerungsvertrags

Versicherungs- und
Beitragszahlungsdauer

Jahre

Beitrag des Verlängerungsvertrags

Tarifbeitrag
entsprechend Zahlungsweise

EUR

Zahlbetrag bei Beitragsverrechnung
von Überschüssen*)

EUR

Versicherungsbeginn: bei Ablauf des beantragten Versicherungsvertrags.
Das Ende der Leistungsdauer und die obigen weiteren Leistungen / Tarif-
daten gelten auch für den Verlängerungsvertrag.

Zweitvertrag – Vereinbarungen zu Tarif, Versicherungsbeginn, zu Überschussbeteiligung und Beitragszahlungsweise wie beim ersten Vertrag angegeben

Ich beantrage folgenden zweiten Vertrag

in Form der **starterVorsorge**

ja (mit automatischer Vertragsverlängerung)

Rente monatlich

EUR

Versicherungs- und
Beitragszahlungsdauer

Jahre

Leistungsdauer
(gerechnet ab Versicherungsbeginn)

Jahre

Karenzeit für die Rentenzahlung

ja Monate

Wachstumsplan – Jährliche Beitrags-
erhöhung wie Verbraucherpreisindex,
mindestens um 2%, höchstens um 6%

ja

Sofortkapital bei Berufsunfähigkeit
(nicht in Verbindung mit Karenzeit
oder Direktversicherung)

ja

Leistungsdynamik bei Berufsunfähigkeit
Jährliche Steigerung der BU-Rente
bei Berufsunfähigkeit (höchstens 3,0%)

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

Anderer
Prozentsatz

Bei beantragter starterVorsorge: Daten des Verlängerungsvertrags

Versicherungs- und
Beitragszahlungsdauer

Jahre

Beitrag des Verlängerungsvertrags

Tarifbeitrag
entsprechend Zahlungsweise

EUR

Zahlbetrag bei Beitragsverrechnung
von Überschüssen*)

EUR

Versicherungsbeginn: bei Ablauf des beantragten Versicherungsvertrags.
Das Ende der Leistungsdauer und die obigen weiteren Leistungen / Tarif-
daten gelten auch für den Verlängerungsvertrag.

Beitrag entsprechend Zahlungsweise

Beitrag
Berufsunfähigkeits-Versicherung
EUR

Beitrag für einen 2. Vertrag
Berufsunfähigkeits-Versicherung
EUR

**Gesamtbeitrag
Berufsunfähigkeits-Versicherung**
EUR

**Gesamt-Zahlbetrag
Berufsunfähigkeits-Versicherung**
bei Beitragsverrechnung von Überschüssen *)
EUR

Beitrag für Optionstarif AV-P1
EUR

**Gesamt-Zahlbetrag für die
Berufsunfähigkeits-Versicherung
inkl. Optionstarif AV-P1**
EUR

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

Fragen zur Risikoeinschätzung an die zu versichernde 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 Gefährmstände, die für unsere Entscheidung zur Risikübernahme erheblich sind. Wir fragen daher nachfolgend nach allen Umständen, die Einfluss auf einen möglichen Eintritt des versicherten Risikos haben könnten. Dazu zählen z. B. neben dem Alter der 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 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 Versicherungsverbands Die Continentale 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. Beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG auf Seite 7 der Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person.

Um Ihnen die Beantwortung der einzelnen Fragen zu erleichtern, haben wir vielfach in Klammern auch Beispiele für Krankheiten usw. genannt. Es handelt sich dabei nicht um eine abschließende Aufzählung. Angaben zu bereits durchgeführten prädiagnostischen Gentests brauchen Sie in der Regel nicht zu machen (s. Erläuterung auf Seite 6). Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Antragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne stellen, um dann aktuell eine Antragsentscheidung treffen zu können.

Fragen zur Risikoeinschätzung an die zu versichernde Person (Fortsetzung von Seite 2)

Falls Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, ergänzen Sie dazu bitte die Details im anschließenden Fragenblock auf Seite 4.

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. Ist Ihre berufliche Tätigkeit mit Aufhalten im außereuropäischen Ausland verbunden? ja nein
Wenn ja, wann, wo, wie oft, wie lange?
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? ja nein
Weshalb? Wann? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens?

B. Besondere Risikofragen zur Berufsunfähigkeits-Versicherung

1. Bestehen für Sie schon Versicherungen für den Fall der Berufsunfähigkeit* (auch Zusatzversicherungen sind anzugeben) oder sind solche beantragt? ja nein
Monatliche Rente in Euro? Name des Unternehmens?
2. Beabsichtigen Sie mit der beantragten Versicherung einen bestehenden Vertrag abzulösen? ja nein
Wenn ja, welchen? Bis wann? Monatliche Rente in Euro? Name des Unternehmens?
3. Wurden in den letzten **5 Jahren** Anträge auf Berufsunfähigkeits-Versicherung (auch Zusatzversicherung*) abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? ja nein
Weshalb? Wann? Monatliche Rente in Euro? Name des Unternehmens?
4. Haben Sie für den Fall einer Berufsunfähigkeit* darüber hinaus Leistungen zu erwarten? Sonstige Ansprüche (z.B. aus einer Pensionszusage)? ja nein
Welche? Höhe der jeweiligen monatlichen Rente in Euro?
5. Haben Sie in den letzten **5 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? Wenn ja, wann und weshalb? ja nein
- Nur auszufüllen bei Gesamtrenten über 1.000 EUR (bei Ärzten über 1.500 EUR) monatlich (ggf. inkl. Sofortbonus):**
6. Ist Ihre gesamte monatliche Berufsunfähigkeitsrente* im Verhältnis zu Ihrem Einkommen aus beruflicher Tätigkeit ja nein
- höher als 60 % des monatlichen Bruttoeinkommens (höher als 75 % bei betrieblicher Altersversorgung) oder
 - höher als 90 % des monatlichen Nettoeinkommens (90 %-Prüfung entfällt bei Selbständigen und bei betrieblicher Altersversorgung)?
- Sofern die Frage mit „Ja“ beantwortet wird, bitte den höheren Bedarf nachweisen. Bitte prüfen, ob der Fragebogen „Persönliche Auskunft“ erforderlich ist (s. Seite 5).
- * Neben der Absicherung für den Fall der Berufsunfähigkeit sind auch Erwerbsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits- und Grundfähigkeitsleistungen zu berücksichtigen (private und betriebliche Leistungen) aller beteiligten Versorgungsträger).

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, Multiple Sklerose, Lähmungen, Parkinson, Migräne)? ja nein
- h) **der Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen** (z.B. Bewegungseinschränkungen, Hüftgelenk-Fehlstellung, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, rheumatische Beschwerden, Fibromyalgie)? ja nein
- i) **der Haut** (z.B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte)? ja nein
- j) **der Augen** (z.B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Sehstörungen, Horn- und Netzhauterkrankung, Star-Erkrankung, erhöhter Augendruck)? ja nein
- k) **der Ohren** (z.B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Lärmschaden, Gleichgewichtsstörungen)? ja nein
- l) **durch Allergien** (z.B. Heuschnupfen, Hausstauballergie, Lebensmittelallergien, sonstige Unverträglichkeiten)? ja nein
3. Haben Sie in den letzten **5 Jahren** über einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen täglich Medikamente eingenommen? ja nein
4. Wurden Sie in den letzten **5 Jahren** in Krankenhäusern oder Kuranstalten untersucht, behandelt oder beraten? 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, 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? ja nein
Wenn ja, welche/aufgrund welchen Leidens? Besteht ein Grad der Behinderung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit?
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

D. Besondere Risikofragen zum Optionstarif AV-P1

1. Fanden in den letzten **3 Jahren** Untersuchungen oder Behandlungen (auch Pflegebedürftigkeit und Schwangerschaft) statt, die nicht unter C.2. erfragt wurden? ja nein
2. Wurde in den letzten **5 Jahren** eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt? ja nein
3. Waren Sie in den letzten **3 Jahren** mit AU-Bescheinigung krankgeschrieben? ja nein
4. Bestehen Krankheiten oder Beschwerden, die nicht behandelt wurden, (auch unerfüllter Kinderwunsch) oder sind noch Maßnahmen (z.B. stationäre Behandlung, Operationen, Kur, Hyposensibilisierung) vorgesehen oder angeraten? ja nein
5. Besteht Hilfsmittelbedarf oder bestehen Defizite körperlicher oder geistiger Art? ja nein
6. Bestanden oder bestehen behördlich anerkannte gesundheitliche Schäden? ja nein
Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Bescheides beifügen.
7. Wird eine Brille oder werden Kontaktlinsen getragen? ja nein
Wenn ja, bitte Dioptrienwerte (links/rechts) ab +/- 6 Dioptrien angeben. li. re.
8. Fehlen Zähne, die nicht ersetzt sind (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne)? ja nein
Wenn ja, bitte Anzahl angeben.
9. Ist das Gebiss mit herausnehmbarem und/oder festsitzendem Zahnersatz (z.B. Brücken, Kronen, Zahnprothesen) versorgt, der älter als **10 Jahre** ist? ja nein
Wenn ja, bitte die Anzahl der so versorgten Zähne angeben.
10. Sind Zähne mit herausnehmbarem Zahnersatz versorgt? ja nein
Wenn ja, bitte die Anzahl und das Alter des Zahnersatzes angeben.
11. Sind zahnärztliche/kieferorthopädische Behandlungen (z.B. Inlays, Parodontosebehandlung, Zahnersatz oder Implantate) notwendig, angeraten oder wurden solche begonnen? ja nein
Wenn ja, welche Behandlungen? Wer kann Auskunft geben?
12. Bestanden in den letzten **5 Jahren** oder bestehen folgende Versicherungen? Wurden folgende beantragt oder beantragte Versicherungen abgelehnt? ja nein
Gesetzliche Krankenversicherung, Private Krankheitskosten-/Krankenhauskostenversicherung, Private Krankentagegeldversicherung, Pflegezusatzversicherung
Wenn ja, bitte Versicherer, Versicherungsnummer und Zeitraum angeben. Wurde die Versicherung beendet? Falls ja, von wem? Bitte auch weitere Angaben zu bestehenden Versicherungen oder Versicherungen, die bestanden haben.
- 1 Erstattungsprozentsatz für Zahnersatz; Höhe des Krankentagegeldes in Euro;
Höhe des Krankentagegeldes in Euro inkl. Karenzzeit; Höhe des Pflegegeldes in Euro

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 300.000 EUR 1.500 EUR	Todesfall-Leistung mtl. LP-Rente	oder		Untersuchung auf üblichem Attestformular (Ärztliches Zeugnis) mit den angegebenen Laborwerten inkl. HIV-Test durch praktischen Arzt oder Facharzt für innere Medizin.
Über 400.000 EUR*) 2.000 EUR*) 2.000 EUR	Todesfall-Leistung mtl. BU-Rente mtl. LP-Rente	oder oder		Zusätzlich zur Untersuchung auf üblichem Attestformular (s. o.), jedoch durch den Facharzt für innere Medizin: <ul style="list-style-type: none"> ■ Ruhe-EKG und ausbelastete Ergometrie ■ Cotinintest bei Beantragung der Risikoversicherung für Nichtraucher
Über 800.000 EUR*) 3.000 EUR*) 3.000 EUR	Todesfall-Leistung mtl. BU-Rente mtl. LP-Rente	oder oder		Ergänzend hier außerdem erforderlich: <ul style="list-style-type: none"> ■ kleine Lungenfunktionsprüfung ■ Echocardiographie (UKG) ■ abdominelle Sonographie ■ Elektrophorese (Elpho) ■ Zusatzlaborwerte: Bilirubin, Harnstoff, GOT, CHE, Quick ■ aktueller Hausarztbericht ■ bei Frauen: Befund der letzten gynäkologischen Kontrolle

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.

*) Ergänzungsfragebogen „Persönliche Auskunft“ beachten (siehe unten)

Ergänzungsfragebogen zur Gesundheitsprüfung (#3885)

Beantworten Sie bitte diesen Fragebogen zusätzlich, wenn eine der folgenden Krankheiten besteht oder bestand:

- Allergische Erkrankung
- Asthma
- Augenerkrankung
- Gallenerkrankung
- Hauterkrankung
- Krampfadern, Venenerkrankung
- Magen-Darm-Erkrankung
- Nieren-/Harnwegserkrankung
- Schilddrüsenerkrankung
- Unterleibserkrankung
- Verletzungen
- Wirbelsäulen-/Rückenleiden

Ergänzungsfragebogen „Persönliche Auskunft“ (#3828)

Der Fragebogen „Persönliche Auskunft“ ist auszufüllen bei monatlichen Berufsunfähigkeits-Renten über 2.000 EUR, Beitragssummen von über 250.000 EUR, Versicherungssummen mit BUZ-Beitragsbefreiung von über 250.000 EUR sowie bei Todesfallsummen von über 500.000 EUR – alle Werte gelten einschließlich bestehender Vorversicherungen bei anderen Gesellschaften (ggf. einschließlich Sofortbonus-Rente / -Summe).

Begriffserläuterungen zu Fragen der Berufsgruppeneinstufung

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

Berufsausbildung mit

Regelausbildungszeit von 3 Jahren oder mehr

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

Der Abschluss zum Verwaltungsfachangestellten (VFA) ist dem kaufmännischen Gehilfenbrief gleichgestellt.

Akademiker/Student Uni / FH

Akademiker sind ausschließlich Personen, die einen akademischen Grad einer **Hochschule** (Universität; Uni) oder **Fachhochschule** (FH) nachweisen können (Diplom, Bachelor, Master, Staatsexamen). Fachhochschulen treten zum Beispiel auch unter den Bezeichnungen „Hochschule für angewandte Wissenschaften“ oder „University of Applied Sciences“ auf. Nicht zu den Akademikern zählen Absolventen von Berufsakademien (BA).

Bei Studenten einer Uni oder FH wird bereits während ihres Studiums ein akademischer Abschluss unterstellt.

Leitende Tätigkeit mit mindestens 8 personell unterstellten Mitarbeitern

Bei der Bestimmung der Personenzahl werden alle personell unterstellten voll- oder teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden Mitarbeiter auf 400-Euro- oder 1-Euro-Basis sowie sonstige Aushilfskräfte und Mitarbeiter mit Zeitarbeitsverträgen unter sechs Monaten.

Bürotätigkeit/Aufsichtsführung

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

Bürotätigkeit ist eine Tätigkeit in einem Büro, in dem schriftliche Arbeiten, die Verwaltung und Organisation einer Firma oder Institution erledigt werden (kaufmännische Tätigkeiten).

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.

Kennzahlen für den Tätigkeitsstatus

11 = Selbständige / r	23 = Arbeitnehmer / in im öffentlichen Dienst	61 = Hausfrau / Hausmann	75 = Zivildienstleistender
12 = juristische Person	27 = Heilfürsorgeempfänger / in	71 = Kind	76 = Wehrdienstleistender
13 = Freiberufler / in	30 = Arbeitnehmer / in	72 = Schüler / in	77 = Schüler / in 2. Bildungsweg
21 = Beihilfeberechtigte / r (Beamte / r)	51 = Versorgungsempfänger / in und Pensionär	73 = Auszubildende / r	80 = Arbeitsuchende / r
22 = Beamtenanwärter / in	52 = Rentner / in	74 = Student / in	

Schlussklärung / Einwilligungserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person

Die Fragen auf den Seiten 1 bis 4 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.

Vereinbarung zum Beginn des Versicherungsschutzes auch vor Ablauf der Widerrufsfrist

Zu diesem Versicherungsantrag gilt als vereinbart, dass der Versicherungsschutz beginnt, sobald alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind und damit der Beginn des Versicherungsschutzes auch vor dem Ende der Widerrufsfrist liegen kann:

- alle Vertragspartner haben dem Vertragsabschluss zugestimmt. Vertragspartner sind dabei Sie als Antragsteller/Versicherungsnehmer, die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a. G. als Versicherungsunternehmen; Ihre Zustimmung erfolgt mit Stellung eines Versicherungsantrags, unsere Zustimmung durch Übersendung des Versicherungsscheins oder einer speziellen Annahmeerklärung;
- der vereinbarte Versicherungsbeginn wurde erreicht;
- der Einlösungsbeitrag wurde gezahlt oder eine Einzugsermächtigung erteilt.

Widerrufen Sie den Vertragsabschluss, werden wir den Beitrag anteilig für den Zeitraum nach Zugang Ihres Widerrufs erstatten. Ab dem Zugang Ihres Widerrufs besteht auch kein Versicherungsschutz mehr. Einzelheiten zu Ihrem Widerrufsrecht finden Sie in den „Allgemeinen Vertragsinformationen“, wir informieren Sie außerdem mit der Übersendung des Versicherungsscheins.

Weitergabe von Unterlagen zur Leistungsprüfung

Ich bin damit einverstanden, dass die Continentale Lebensversicherung AG die Continentale Krankenversicherung a. G. über den Eintritt des Versicherungsfalles und die festgestellten Diagnosen informiert und die Unterlagen weitergeben darf.

Einwilligungserklärungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Nachstehende Einwilligungserklärungen gelten nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir als Teil der Allgemeinen Vertragsinformationen überlassen wurde.

Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten zum Zweck der Risikoprüfung und der Vertragsdurchführung

Ich willige ein, dass das Unternehmen im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen (z. B. Name und Anschrift) oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rück-

versicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder für den Krankenversicherungs-Optionstarif an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen des Versicherungsverbands Die Continentale einschließlich der Europa Versicherungen und der Kooperationspartner Aachener Bausparkasse AG, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vermittler weitergeben.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Durchführung einer Bonitätsprüfung, Verwendung der Ergebnisse

Ich willige ein, dass meine Antragsangaben Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort bei der Antragsprüfung genutzt werden, um bei einer Auskunftei (z. B. Infoscore, Creditreform) eine Bonitätsprüfung durchzuführen. Im Rahmen dieser Prüfung werden unter anderem so genannte Scorewerte berechnet und ermittelt. Bei diesen handelt es sich um Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren, die immer nur ein allgemeines Zahlungsausfallrisiko und nicht die Bonität einer konkreten Person beschreiben.

Darüber hinaus willige ich ein, dass die im Zuge der Bonitätsprüfung übermittelten Ergebnisse während der Laufzeit dieses Vertrags im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen gespeichert und zur Überprüfung sowie Verbesserung der Annahmerichtlinien bzw. für andere die Versicherergemeinschaft schützende Maßnahmen erneut ausgewertet werden dürfen.

Für die Bonitätsprüfung werden die Adressdaten des Hauptwohnsitzes lt. Melderegistereintrag benötigt. Bei falschen Angaben behält sich der Versicherer die Anfechtung des Vertrages vor.

Diese Einwilligungen gelten auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Datenübermittlung an das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Das Unternehmen nimmt an dem von der Auskunftei informa IRFP GmbH betriebenen Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS) teil. Zweck des HIS ist die Identifikation erhöhter Risiken und die Vermeidung von Versicherungsbetrug.

Im Rahmen der Risiko- und/oder Leistungsprüfung meldet daher das Unternehmen bestimmte risikoerhöhende Merkmale (z. B. die

Beantragung eines Versicherungsvertrags mit einer Todesfall-Leistung über 100.000 EUR bzw. einer Berufsunfähigkeits-Versicherung mit einer Jahresrente von mindestens 9.000 EUR) sowie besondere Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten. Gesundheitsdaten werden an das HIS nicht gemeldet.

Ich willige ein, dass das Unternehmen für die Zwecke des HIS risikoerhöhende Merkmale sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten können, an die Auskunftei informa IRFP GmbH übermittelt.

Vorstehende Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags.

Einzelheiten zum HIS finden Sie unten im Abschnitt „Umstellung des Hinweis- und Informationssystems (HIS) – Leben“ und unter www.informa-irfp.de.

Nutzung personenbezogener Daten zu Werbezwecken

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich ferner ein, dass der Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf.

Weitere Erklärungen

Ich stimme zu, dass die Versicherungsbedingungen für den beantragten Tarif AV-P1 mit den dazugehörigen Musterbedingungen und der Erklärung zur Anpassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Option nach dem Tarif AV-P1 bei gleichzeitigem Bestehen einer Berufsunfähigkeits-Versicherung nach dem Tarif B1 Bestandteil des Versicherungsvertrags werden.

Ich stimme zu, dass die Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit des Versicherungsvertrags in deutscher Sprache erfolgen.

Eine Durchsicht des Versicherungsantrags wird mir sofort nach Unterzeichnung des Antrags ausgehändigt.

Genetische Untersuchungen und Analysen – Durchführung und Verwendung prädiktiver Genests

Die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a. G. dürfen nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) von dem Antragsteller oder der zu versichernden Person weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrags die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen. Auch dürfen sie weder die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen noch solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden, es sei denn, es wird eine Versicherungsleistung von mehr als 300.000 Euro als Kapitalauszahlung oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart.

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

Umstellung des Hinweis- und Informationssystems (HIS) – Leben –

Die informa IRFP GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie das Bestehen von Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen.

Verträge werden ab einer bestimmten Versicherungssumme bzw. Rentenhöhe gemeldet. Gemeldet werden können außerdem das Bestehen weiterer risikoerhöhender bzw. für die Leistungsprüfung relevanter Besonderheiten, die aber im Einzelnen nicht konkretisiert werden. Es werden keine Gesundheitsdaten an das HIS gemeldet.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages richten wir Anfragen zu Ihrer Person an das HIS

und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoerhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen. Wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag beantragen, können wir Anfragen an das HIS stellen. In diesem Fall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalles relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsantrag beantworten und daher Auskunft geben müssen.

Werden im Zusammenhang mit unserer Nachfrage bei Ihnen oder bei anderen Versicherern Gesundheitsdaten erhoben, erfolgt dies nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis oder – soweit zulässig – auf gesetzlicher Grundlage.

Continentale Lebensversicherung AG
Direktion:
Baierbrunner Str. 31-33, D-81379 München
Postfach, D-81357 München

Vorstand: Rolf Bauer (Vorsitzender),
Dr. Dr. Michael Fauser, Dr. Gerhard Schmitz,
Heinz Jürgen Scholz
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Horst Hoffmann

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

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Die nachfolgenden Erläuterungen zur gesetzlichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen. Die Anzeigepflicht ist sowohl vom Antragsteller als auch von den zu versichernden Personen (jeweils bezogen auf die eigene Person) zu beachten und zu erfüllen. Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung durch eine zu versichernde Person jeweils bezogen auf deren Versicherungsverhältnis.

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

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Sofern Versicherungsschutz nach dem Basistarif besteht, kann nur bei einer vorsätzlichen Verletzung der Anzeigepflicht vom Vertrag zurückgetreten werden.

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

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

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann der Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat gekündigt werden, sofern es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen.

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

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

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

4. Ausübung der Rechte

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

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren (in der Krankenversicherung – Optionstarif AV-P1 – mit Ablauf von drei Jahren) nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Anfechtung

Wenn Sie arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten.

6. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Continentale Lebensversicherung AG
Direktion:
Baierbrunner Str. 31-33, D-81379 München
Postfach, D-81357 München

Vorstand: Rolf Bauer (Vorsitzender),
Dr. Dr. Michael Fauser, Dr. Gerhard Schmitz, Heinz Jürgen Scholz
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Horst Hoffmann

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

Continentale Krankenversicherung a. G.
Direktion:
Ruhrallee 92, D-44139 Dortmund

Vorstand: Rolf Bauer (Vorsitzender),
Werner Heinrichs, Dr. Christoph Helmich, Heinz Jürgen Scholz,
Peter Schuhmacher
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Horst Hoffmann

Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister
Amtsgericht Dortmund B 227 1
USt-ID-Nr: DE 124 906 368