

Antrag

Berufsunfähigkeits-Versicherung Tarif B1
Erwerbsunfähigkeits-Versicherung Tarif E1

- BU-Vorsorge *Premium*
- EU-Vorsorge

Stand: 01.04.2011

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

┌

└

┌

└

Versicherungsantrag

Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-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 | | | | Staatsangehörigkeit | Cabrio-Nummer |
| Postleitzahl | Wohnort | | | Familienstand (Angabe freiwillig) | Telefon privat (Angabe freiwillig) |
| Geburtsort | | | | Geburtsdatum | Telefon geschäftlich (Angabe freiwillig) |
| Berufsstatus (zusätzliche Erläuterungen siehe Seite 5) | | | | Derzeitig ausgeübte Tätigkeit / Branche bzw. Studienrichtung | |
| <input type="checkbox"/> Selbstständiger | <input type="checkbox"/> Angestellter | <input type="checkbox"/> Arbeiter | <input type="checkbox"/> Öfftl. Dienst | <input type="checkbox"/> Beamter | <input type="checkbox"/> Student Uni/ FH |
| | | | | <input type="checkbox"/> Auszubildender / sonst. Student | |

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Herr | <input type="checkbox"/> Frau | Familienname (ggf. abweichender Geburtsname) | | Vorname | Staatsangehörigkeit |
| Straße, Hausnummer | | | | Postleitzahl | Wohnort |
| Derzeitig ausgeübte Tätigkeit / Branche bzw. Studienrichtung | | | Geburtsdatum | Geschlecht | Familienstand (Angabe freiwillig) |
| Berufsstatus (zusätzliche Erläuterungen siehe Seite 5) | | | | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich |
| <input type="checkbox"/> Selbstständiger | <input type="checkbox"/> Angestellter | <input type="checkbox"/> Arbeiter | <input type="checkbox"/> Öfftl. Dienst | <input type="checkbox"/> Beamter | <input type="checkbox"/> Student Uni/ FH |
| | | | | <input type="checkbox"/> 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.

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grad der abgeschlossenen Ausbildung | <input type="checkbox"/> Akademiker | <input type="checkbox"/> Berufsausbildung mit Regelausbildungszeit von 3 Jahren oder mehr in der derzeitigen Tätigkeit | Haben Sie eine leitende Tätigkeit mit mindestens 8 personell unterstellten Mitarbeitern? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Meisterprüfung in der derzeitigen Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Kfm. Gehilfenbrief (IHK) oder VFA | <input type="checkbox"/> Facharbeiterbrief (IHK) | Üben Sie zu mindestens 75 % eine Bürotätigkeit (Innendienst) und/oder Aufsichtstätigkeit aus? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | | <input type="checkbox"/> Gesellenbrief (Handwerkskammer) | | | |

Weitere Vertragsdaten

Bezugsberechtigung (bitte immer namentlich benennen):

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|
| Bezugsberechtigt für den Erlebensfall der versicherten Person (falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer) | Familien- und Vorname | Geburtsdatum |
| Bezugsberechtigt für den Todesfall der versicherten Person, sofern noch Leistungen fällig werden (falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer) | Familien- und Vorname | Geburtsdatum |

Rechtsnachfolge. Ist der Versicherungsnehmer (VN) nicht zugleich versicherte Person, so soll im Falle seines Todes die versicherte Person, sofern diese bei Antragstellung volljährig ist, den Vertrag als neuer VN weiterführen. Eine abweichende Regelung bitte ggf. unter Besondere Vereinbarungen vermerken (mit Unterschrift des volljährigen Rechtsnachfolgers). Die Rechtsnachfolge kann vom VN jederzeit 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) | | |
| <input type="checkbox"/> Personalausweis | <input type="checkbox"/> Reisepass | 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 Bezugberechtigte 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 |

Leistungen / Tarifdaten

Berufsunfähigkeits-Versicherung

Tarif B1
BU-Vorsorge Premium

oder

in Form der **starterVorsorge**

ja (mit automatischer Vertragsverlängerung)

Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

Tarif E1
EU-Vorsorge

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

Karenzzeit 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 Berufs- / Erwerbs-
unfähigkeit (nicht in Verbindung mit
Karenzzeit oder Direktversicherung)

ja

Leistungsdynamik bei Berufs- / Erwerbsunfähigkeit

Jährliche Steigerung der BU- bzw. EU-Rente
bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit (höchstens 3,0 %) Anderer
Prozentsatz
 0,5 % 1,0 % 1,5 % 2,0 % 2,5 % 3,0 % %

Bei beantragter starterVorsorge: Daten des Verlängerungsvertrags

Versicherungs- und
Beitragszahlungsdauer

Jahre

Beitrag des Verlängerungsvertrags

Tarifbeitrag
entsprechend Zahlungsweise

EUR

Zahlbetrag bei Beitragsverrech-
nung von Überschüssen*)

EUR

Versicherungsbeginn: bei Ablauf des beantragten Versicherungsvertrags. Das
Ende der Leistungsdauer und die obigen weiteren Leistungen / Tarifdaten gel-
ten 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

Karenzzeit für die Rentenzahlung

ja Monate

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

ja

Sofortkapital bei Berufs- / Erwerbs-
unfähigkeit (nicht in Verbindung mit
Karenzzeit oder Direktversicherung)

ja

Leistungsdynamik bei Berufs- / Erwerbsunfähigkeit

Jährliche Steigerung der BU- bzw. EU-Rente
bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit (höchstens 3,0 %) Anderer
Prozentsatz
 0,5 % 1,0 % 1,5 % 2,0 % 2,5 % 3,0 % %

Bei beantragter starterVorsorge: Daten des Verlängerungsvertrags

Versicherungs- und
Beitragszahlungsdauer

Jahre

Beitrag des Verlängerungsvertrags

Tarifbeitrag
entsprechend Zahlungsweise

EUR

Zahlbetrag bei Beitragsverrech-
nung von Überschüssen*)

EUR

Versicherungsbeginn: bei Ablauf des beantragten Versicherungsvertrags. Das
Ende der Leistungsdauer und die obigen weiteren Leistungen / Tarifdaten gel-
ten auch für den Verlängerungsvertrag.

Beitrag entsprechend Zahlungsweise

Beitrag
 EUR

Beitrag für einen 2. Vertrag
 EUR

Gesamtbeitrag
 EUR

Gesamt-Zahlbetrag
bei Beitragsverrechnung von Überschüssen*)
 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 Gefahrumstände, die für unsere Entscheidung zur Risikoubernahme 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 Versicherungsverbunds 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.

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.

A. Allgemeine Fragen zur persönlichen Situation

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

- Ist Ihre berufliche Tätigkeit mit Aufenthalten im außereuropäischen Ausland verbunden? Wenn ja, wann, wo, wie oft, wie lange? ja nein
- Bestehen bereits Lebensversicherungen oder sind solche beantragt? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens? ja nein
- Wurden in den letzten **5 Jahren** Anträge auf Lebensversicherung abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? Weshalb? Wann? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens? ja nein

B. Besondere Risikofragen zur Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

- Bestehen für Sie schon Versicherungen für den Fall der Berufsunfähigkeit*) (auch Zusatzversicherungen sind anzugeben) oder sind solche beantragt? Monatliche Rente in Euro? Name des Unternehmens? ja nein
- Beabsichtigen Sie mit der beantragten Versicherung einen bestehenden Vertrag abzulösen? Wenn ja, welchen? Bis wann? Monatliche Rente in Euro? Name des Unternehmens? ja nein
- Wurden in den letzten **5 Jahren** Anträge auf Berufsunfähigkeits-Versicherung (auch Zusatzversicherung*) abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? Weshalb? Wann? Monatliche Rente in Euro? Name des Unternehmens? ja nein
- Haben Sie für den Fall einer Berufsunfähigkeit*) darüber hinaus Leistungen zu erwarten? Sonstige Ansprüche (z. B. aus einer Pensionszusage)? Welche? Höhe der jeweiligen monatlichen Rente in Euro? ja nein

- 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):

- Ist Ihre gesamte monatliche Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente*) im Verhältnis zu Ihrem Einkommen aus beruflicher Tätigkeit
 - 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)? ja nein

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

- Größe cm Gewicht kg
- Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten **5 Jahren** Krankheiten oder Beschwerden
 - des Herzens oder des Kreislaufs** (z. B. ärztlich diagnostizierter Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Thrombose, Venenleiden, Durchblutungsstörungen)? ja nein
 - der Atmungsorgane** (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe)? ja nein
 - an Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse oder Galle** (z. B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre oder -entzündungen, Fettleber oder Leberentzündung/Hepatitis, Veränderungen der Leberwerte)? ja nein
 - an Niere und Harnwegen, Prostata, Geschlechtsorganen** (z. B. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin)? ja nein
 - des Stoffwechsels** (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)? ja nein
 - durch akute oder chronische Infektionen** (z. B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose)? ja nein
 - des Gehirns und Nervensystems** (z. B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, Parkinson, Migräne)? ja nein
 - der Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen** (z. B. Bewegungseinschränkungen, Hüftgelenk-Fehlstellung, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, rheumatische Beschwerden, Fibromyalgie)? ja nein
 - der Haut** (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte)? ja nein
 - der Augen** (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Sehstörungen, Horn- und Netzhauterkrankung, Star-Erkrankung, erhöhter Augenruck)? ja nein
 - der Ohren** (z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Lärmschaden, Gleichgewichtsstörungen)? ja nein

- durch Allergien** (z. B. Heuschnupfen, Hausstauballergie, Lebensmittelallergien, sonstige Unverträglichkeiten)? ja nein
- Haben Sie in den letzten **5 Jahren** über einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen täglich Medikamente eingenommen? ja nein
- Wurden Sie in den letzten **5 Jahren** in Krankenhäusern oder Kuranstalten untersucht, behandelt oder beraten? ja nein
- 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
- Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten **10 Jahren** Krankheiten oder Beschwerden
 - der Psyche** (z. B. Depressionen, Angstzustände oder Zwangsstörungen, Neurose, vom Arzt diagnostizierter Stress- oder Erschöpfungszustand, Essstörung, Schmerzsyndrom, Burn-out-Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch)? ja nein
 - der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen** (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie, Zyste, Lymphknoten)? ja nein
- Nehmen oder nahmen Sie in den letzten **10 Jahren** Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel? Wurden Sie in den letzten **10 Jahren** deswegen oder wegen Alkoholkonsums und/oder dessen Folgen beraten oder behandelt? ja nein
- Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen bzw. dauerhafte körperliche Behinderungen? Wenn ja, welche/aufgrund welchen Leidens? Besteht ein Grad der Behinderung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit? ja nein
- Sind Sie zurzeit mit Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung krankgeschrieben? ja nein
- Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test) oder warten Sie noch auf das Ergebnis eines durchgeführten AIDS-Tests? ja nein

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

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, Kuranstalten mit Anschrift |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

Zusätzliche Vereinbarungen/Beigefügte Unterlagen

Mit ärztlicher Untersuchung
 Fragebogen # 3828 Persönliche Auskunft (siehe Seite 5)
 Ergänzungsfragebogen # 3885 (siehe Seite 5)
 Fragebogen # 3395 Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz
 Weitere Angaben auf unterschriebenem Extrablatt
 Sonstiges, und zwar

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich am die folgenden Unterlagen erhalten habe:

- Die Allgemeinen Vertragsinformationen Tarif B1, B1-G – Berufsunfähigkeits-Police BU-Vorsorge **Premium oder**
- Die Allgemeinen Vertragsinformationen Tarif E1, E1-G – Erwerbsunfähigkeits-Police
- Das Produktinformationsblatt und die Individuellen Vertragsinformationen

Die **Allgemeinen Vertragsinformationen** enthalten die Tarifbeschreibung, die Versicherungsbedingungen, Erläuterungen zur Überschussbeteiligung und Kosten, Hinweise zu den Steuerregelungen und das Merkblatt zur Datenverarbeitung.
 Das **Produktinformationsblatt** und die **Individuellen Vertragsinformationen** beziehen sich auf die im Antrag genannten individuellen Vertragsdaten.

Stand (Datum siehe Titelblatt der Allg. Vertragsinformationen)

Unterschrift des Antragstellers / ggf. des gesetzlichen Vertreters

Schweigepflichtentbindungserklärung der zu versichernden Person

Um Ihren Antrag zügig prüfen zu können, sind wir regelmäßig auf Auskünfte Dritter zu den Gesundheitsverhältnissen bei Vertragsabschluss angewiesen. Hierzu benötigen wir eine Erklärung der zu versichernden Person, mit der sie Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Personenversicherer, frühere und derzeitige gesetzliche Krankenkassen und Behörden, soweit sie dort vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden ist bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt hat, von ihrer Schweigepflicht entbindet. Wenn Versicherungsleistungen beansprucht werden, kann es für die Beurteilung unserer Leistungspflicht ebenfalls erforderlich sein, von den oben genannten Personen oder Einrichtungen Auskünfte zu den Gesundheitsverhältnissen einzuholen. Für die Antragsprüfung und die Leistungsprüfung kann die Schweigepflichtentbindung von der versicherten Person jeweils generell oder individuell erklärt werden.

Schweigepflichtentbindungserklärung für die Antragsprüfung

Für die Antragsprüfung entbinde ich die oben genannten Personen und Einrichtungen generell von ihrer Schweigepflicht. Der Versicherer wird mich vor einer Datenerhebung bei Dritten unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Ergeben sich nach Zustandekommen des Versicherungsvertrags für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 5 Jahre nach der Antragsannahme, gegebenenfalls auch über meinen Tod hinaus. Im Übrigen kann ich jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung für die Zukunft nur nach Einzeleinwilligung erfolgt.

Für die im Rahmen der Antragstellung namentlich angegebenen Ärzte und sonstigen Einrichtungen gilt das Einverständnis zur Datenerhebung für die Risikobeurteilung bei Antragsprüfung als erteilt; es erfolgt keine gesonderte Unterrichtung.

Bitte hier ankreuzen, wenn Sie sich im Rahmen der Antragsprüfung für die **individuelle** Entbindung von der Schweigepflicht entscheiden.
 Ich wünsche, dass der Versicherer in jedem Einzelfall über eine beabsichtigte Datenerhebung informiert und diese nur nach meiner ausdrücklichen Zustimmung vornimmt. Mir ist bewusst, dass sich der Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrags dadurch verzögern oder der Versicherungsvertrag nicht zustande kommen kann.

Schweigepflichtentbindungserklärung für die Leistungsprüfung

Für die Leistungsprüfung entbinde ich die oben genannten Personen und Einrichtungen generell von ihrer Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus. Der Versicherer wird mich bzw. meine Rechtsnachfolger vor einer Datenerhebung bei Dritten unterrichten und darauf hinweisen, dass der Erhebung widersprochen werden kann. Im Übrigen kann ich jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung für die Zukunft nur nach Einzeleinwilligung erfolgt.

Werden Leistungen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit beantragt, wird der Versicherer die generelle bzw. individuelle Schweigepflichtentbindung im Zuge der Leistungsprüfung anfordern.

Bitte hier ankreuzen, wenn Sie sich im Rahmen der Leistungsprüfung für die **individuelle** Entbindung von der Schweigepflicht entscheiden.
 Ich wünsche, dass der Versicherer in jedem Einzelfall über eine beabsichtigte Datenerhebung informiert und diese nur nach ausdrücklicher Zustimmung durch mich oder meine etwaigen Rechtsnachfolger vornimmt. Mir ist bewusst, dass dadurch die Bearbeitung erheblich verzögert oder sogar unmöglich werden und die Leistungspflicht möglicherweise allein deshalb nicht festgestellt werden kann, weil erhebliche Auskünfte nicht eingeholt werden dürfen.

Schlussklärung

Hinweis: Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Schlussklärung/Einwilligungserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person auf Seite 6. Sie enthält unter anderem Einwilligungserklärungen zum Beginn des Versicherungsschutzes vor Ablauf der Widerrufsfrist und zur Verarbeitung und Speicherung personenbezogener Daten. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Erklärungen zum Inhalt des Antrags.

Ort / Datum
 Unterschrift des Antragstellers
 Unterschrift der zu versichernden Person

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
 Unterschrift des Vermittlers

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 | Todesfall-Leistung | oder | 1.500 EUR | mtl. LP-Rente | 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*) | Todesfall-Leistung | oder | 2.000 EUR*) | mtl. BU-/EU-Rente | Zusätzlich zur Untersuchung auf üblichem Attestformular (s. o.), jedoch durch den Facharzt für innere Medizin: |
| | | | 2.000 EUR | mtl. LP-Rente | <ul style="list-style-type: none"> ■ Ruhe-EKG und ausbelastete Ergometrie ■ Cotinintest bei Beantragung der Risikoversicherung für Nichtraucher |
| Über 800.000 EUR*) | Todesfall-Leistung | oder | 3.000 EUR*) | mtl. BU-/EU-Rente | Ergänzend hier außerdem erforderlich: |
| | | | 3.000 EUR | mtl. LP-Rente | <ul style="list-style-type: none"> ■ kleine Lungenfunktionsprüfung ■ Echocardiographie (UKG) ■ abdominale 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 Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits-Renten über 2.000 EUR, Beitragssummen von über 250.000 EUR, Versicherungssummen mit BUZ/EUZ-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.

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:

- beide Vertragspartner haben dem Vertragsabschluss zugestimmt. Vertragspartner sind dabei Sie als Antragsteller/Versicherungsnehmer und die Continentale Lebensversicherung AG 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 Einzugsmächtigung 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.

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 Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer übermittelt.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen des Versicherungsverbands Die Continentale 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 Auskunft (z. B. Infoscore, Creditreform) eine Bonitätsprüfung durchzuführen.

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 Versichertengemeinschaft schützende Maßnahmen erneut ausgewertet werden dürfen.

Datenübermittlung an das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Das Unternehmen nimmt an dem von der Auskunft inform 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 Auskunft inform 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 Vertragsbedingungen einschließlich sämtlicher Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit des Versicherungsvertrags in deutscher Sprache erfolgen.

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

Genetische Untersuchungen und Analysen – Durchführung und Verwendung prädiktiver Gentests

Die Continentale Lebensversicherung AG darf nach dem 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 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, 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 inform 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 Versicherungsfalls 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