

Antrag Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Bitte beachten Sie hierzu Abschnitt „A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 7 dieses Antrags.

Vertriebspartner / interne Vermerke

VEP-Name	Telefon-Nr.
VEP-Nr.	Adress-Konto-Nr.
Antragsnummer	AKZ
Fremd-Nr. 1	
Kunden-Nr. (sofern bekannt)	Weiterer Vertrag im Verbund
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	Vorname
Straße, Hausnummer			Postleitzahl	Wohnort
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Telefonnummer für Rückfragen ¹	E-Mailadresse ¹
Berufsstatus (zusätzliche Begriffserläuterungen siehe Seite 9)				
<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	<input type="checkbox"/> Uni / FH / DH	<input type="checkbox"/> Auszubildender / BA-Student / sonst. Student	Beruf (zurzeit ausgeübt), Branche bzw. Studienrichtung	

1 freiwillige Angabe zum Zweck der vertraglichen Kommunikation

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)

Frau <input type="checkbox"/>	Herr <input type="checkbox"/>	Nachname	Vorname	Staatsangehörigkeit
Straße, Hausnummer			Postleitzahl	Wohnort
Geburtsdatum			Telefonnummer für Rückfragen ¹	E-Mailadresse ¹
Berufsstatus (zusätzliche Begriffserläuterungen siehe Seite 9)				
<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	<input type="checkbox"/> Uni / FH / DH	<input type="checkbox"/> Auszubildender / BA-Student / sonst. Student	Beruf (zurzeit ausgeübt), Branche bzw. Studienrichtung	

1 freiwillige Angabe zum Zweck der vertraglichen Kommunikation

Nur bei betrieblicher Altersversorgung: Bei der zu versichernden Person handelt es sich um eine Person außerhalb des persönlichen Geltungsbereichs des BetrAVG (z.B. beherrschender Gesellschafter-Geschäftsführer).

Zusätzliche Angaben zur zu versichernden Person – bitte immer beantworten (zusätzliche Erläuterungen siehe Seite 9)

Grad der Ausbildung	<input type="checkbox"/> Akademiker (Uni / FH / DH)	<input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung mit Regelausbildungszeit von 3 Jahren oder mehr in der derzeit ausgeübten Tätigkeit	Haben Sie eine leitende Tätigkeit mit mindestens 5 personell unterstellten Vollzeitkräften?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> abgeschlossene Meisterprüfung in der derzeit ausgeübten Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Kaufmännischer Abschluss (IHK o. VFA)	Üben Sie zu mindestens 75 % eine Bürotätigkeit (Innendienst) und/oder Aufsichtstätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Abschluss Industrie (IHK)			
		<input type="checkbox"/> Handwerklicher Abschluss (HwO o. HWK)			

Weitere Vertragsdaten

Bezugsberechtigung (bitte immer namentlich benennen):

Bezugsberechtigter für den Erbensfall der versicherten Person (falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer)	Nach- und Vorname	Geburtsdatum
Bezugsberechtigter für den Todesfall der versicherten Person, sofern noch Leistungen fällig werden (falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer oder seine Erben)	Nach- und Vorname	Geburtsdatum

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

Besondere Vereinbarungen zu Bezugsberechtigung und Rechtsnachfolge

Sonstige Erklärungen und Vereinbarungen

Besondere Vereinbarungen

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

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

Legitimationsprüfung

Identifizierung des Versicherungsnehmers – Bitte immer beantworten!

Als Antragsteller (Versicherungsnehmer) handle ich auf eigene Veranlassung und bin wirtschaftlich Berechtigter.	<input type="checkbox"/> Personalausweis	Ausweis- / Reisepass-Nummer	Gültig bis	Abweichend wirtschaftlich Berechtigter (der Antragsteller handelt auf Veranlassung von): Nachname, Vorname
	<input type="checkbox"/> Reisepass	Ausstellende Behörde		
Legitimationsprüfung Formular #3395 ist beigefügt (z.B. bei abweichend wirtschaftlich Berechtigtem oder abweichend auftretender Person)				<input type="checkbox"/>

Leistungen / Tarifdaten – Tarife PBU, PEU

In Verbindung mit einer Direktversicherung können das Pflege- und das Plus-Paket nicht gewählt werden.

Berufsunfähigkeits-Versicherung

Tarif PBU
 Continentale PremiumBU mit Pflege-Paket Plus-Paket

Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

Tarif PEU
 Continentale PremiumEU mit Pflege-Paket

Versicherungsbeginn
 01. Monat . Jahr

Rente monatlich nachschüssig
 EUR

Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer

Angaben mit Endalter

Versicherungs- und Beitragszahlungs-Endalter
 Jahre

Leistungs-Endalter
 Jahre

oder

Angaben mit Dauern

Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer
 Jahre Monate

Leistungsdauer (gerechnet ab Versicherungsbeginn)
 Jahre Monate

Beitragszahlungsweise

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

Karenzzeit für die Rentenzahlung

ja Monate

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

Beitragsverrechnung Verzinsliche Ansammlung Sofortbonus

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

ja

Leistungsdynamik bei Berufs-/ Erwerbsunfähigkeit

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

Anderer Prozentsatz
 %

Dynamik – Jährliche automatische Anpassung des laufenden Beitrags der Versicherung

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

um einen gleichbleibenden Satz von %¹ (ganzzahlig 2-5%)

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

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

Beitrag entsprechend Zahlungsweise

Beitrag
 EUR

Zahlbetrag bei Beitragsverrechnung²

EUR

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

Leistungen / Tarifdaten – Tarife PBUS, PEUS

In Verbindung mit einer Direktversicherung können diese Tarife nicht gewählt werden.

Berufsunfähigkeits-Versicherung

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

Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

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

Versicherungsbeginn
 01. Monat . Jahr

Rente monatlich nachschüssig
 EUR

Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer

Angaben mit Endalter

Versicherungs- und Beitragszahlungs-Endalter
 Jahre

Leistungs-Endalter
 Jahre

oder

Angaben mit Dauern

Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer
 Jahre Monate

Leistungsdauer (gerechnet ab Versicherungsbeginn)
 Jahre Monate

Beitragszahlungsweise

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

Karenzzeit für die Rentenzahlung

ja Monate

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

Beitragsverrechnung Verzinsliche Ansammlung Sofortbonus

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

ja

Leistungsdynamik bei Berufs-/ Erwerbsunfähigkeit

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

Anderer Prozentsatz
 %

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

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

um einen gleichbleibenden Satz von %¹ (ganzzahlig 2-5%)

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

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

Beitrag entsprechend Zahlungsweise (50% des Zielbeitrags)

Anfänglicher Beitrag
 EUR

Anfänglicher Zahlbetrag bei Beitragsverrechnung²

EUR

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

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

Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Bitte beachten Sie hierzu Abschnitt „A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 7 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 Continentalen Versicherungsverbandes 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 Gentests brauchen Sie in der Regel nicht zu machen (s. Erläuterung auf Seite 8). Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Antragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne stellen, um dann aktuell eine Antragsentscheidung treffen zu können.

A. Allgemeine Fragen zur persönlichen Situation

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

B. Besondere Risikofragen zur Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

1. Sind Sie Raucher, haben Sie also in den letzten zwölf Monaten aktiv, wenn auch nur gelegentlich, Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen? ja nein
 2. Bestehen für Sie bereits Absicherungen für den Fall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder den Verlust von Grundfähigkeiten oder sind solche beantragt? Hierzu zählen
 - private Versicherungen oder Zusatzversicherungen
 - Ansprüche aus einer betrieblichen Altersversorgung
 - Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder auf Versorgungsansprüche aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen
 Art der Absicherung? Höhe der jeweiligen monatlichen Rente in Euro? Name des Unternehmens bzw. des Versorgungsträgers? ja nein
 3. Wurden in den letzten **5 Jahren** Anträge auf Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, oder Grundfähigkeitsversicherung (auch Zusatzversicherung) abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? ja nein
Weshalb? Wann? Höhe der monatl. Rente in Euro? Name des Unternehmens?
 4. Beabsichtigen Sie mit der beantragten Versicherung einen bestehenden Vertrag abzulösen? ja nein
Wenn ja, welchen? Bis wann? Höhe der monatlichen Rente in Euro? Name des Unternehmens?
 5. Haben Sie in den letzten **5 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? Wenn ja, wann und weshalb? ja nein
- 6. Nur auszufüllen bei Gesamtrenten¹ über 1.000 Euro (bei Ärzten über 1.500 Euro) monatlich (ggf. jeweils inkl. Sofortbonus):**
- **Arbeitnehmer:** jährliches Nettoarbeitsseinkommen EUR
 - **Selbstständige:** Gewinn/Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre (aus selbstständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb ohne Vermietung und Verpachtung)

Jahr	<input style="width: 90%;" type="text"/>	EUR
Jahr	<input style="width: 90%;" type="text"/>	EUR
Jahr	<input style="width: 90%;" type="text"/>	EUR

 Beginn der Selbstständigkeit
 - **betriebliche Altersversorgung:** jährliches Bruttoarbeitsseinkommen EUR
- Bei Gesamtrenten¹ über 2.500 Euro monatlich bitte Einkommensnachweise bzw. Nachweise über den Gewinn/Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre einreichen.
- 1 Bei den Gesamtrenten sind private und betriebliche Leistungen, auch bei anderen Gesellschaften/Versorgungsträgern, sowie Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder auf Versorgungsansprüche aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen mit einzubeziehen.

C. Erklärung zum Gesundheitszustand (Ausfüllverzicht siehe Seite 9)

1. Größe cm Gewicht kg
2. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten **5 Jahren** Krankheiten oder Beschwerden
 - a) **des Herzens oder des Kreislaufs** (z. B. ärztlich diagnostizierter Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Thrombose, Venenleiden, Durchblutungsstörungen)? ja nein
 - b) **der Atmungsorgane** (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe)? ja nein
 - c) **an Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse oder Galle** (z. B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre oder -entzündungen, Fettleber oder Leberentzündung/Hepatitis, Veränderungen der Leberwerte)? ja nein
 - d) **an Niere und Harnwegen, Prostata, Geschlechtsorganen** (z. B. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin)? ja nein
 - e) **des Stoffwechsels** (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)? ja nein
 - f) **durch akute oder chronische Infektionen** (z. B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose)? ja nein
 - g) **des Gehirns und Nervensystems** (z. B. Anfallsleiden, Lähmungen, Parkinson, Migräne)? ja nein
 - h) **der Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen** (z. B. Bewegungseinschränkungen, Hüftgelenk-Fehlstellung, Bandscheibenvorfall, Meniskussschaden, rheumatische Beschwerden, Fibromyalgie)? ja nein
 - i) **der Haut** (z. B. Ekzeme, Neurodermitis, Schuppenflechte)? ja nein
 - j) **der Augen** (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, 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, Rehabilitations- oder Kureinrichtungen untersucht, behandelt oder operiert? ja nein
5. Sind oder waren Sie in den letzten **5 Jahren** in ambulanter Behandlung von Ärzten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Psychotherapeut, Physiotherapeut)? ja nein
6. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten **10 Jahren** Krankheiten oder Beschwerden
 - a) **der Psyche** (z. B. Depressionen, Angstzustände oder Zwangsstörungen, Neurose, vom Arzt diagnostizierter Stress- oder Erschöpfungszustand, Essstörung, Schmerzsyndrom, Burn-out-Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch)? ja nein
 - b) **der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen** (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie, Zyste, Lymphknoten)? ja nein
7. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten **10 Jahren** Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel? Wurden Sie in den letzten **10 Jahren** deswegen oder wegen Alkoholkonsums und/oder dessen Folgen beraten oder behandelt? ja nein
8. Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen bzw. dauerhafte körperliche Behinderungen? Wenn ja, welche/aufgrund welchen Leidens (z. B. Multiple Sklerose, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, rheumatoide oder infektiöse Erkrankungen)? ja nein
Besteht ein Grad der Behinderung (GdB), ein Grad der Schädigungsfolge (GdS)/eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder eine 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. Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben (Name, Anschrift, Fachrichtung)?

Falls Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, ergänzen Sie dazu bitte die Details im 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, Kureinrichtungen mit Anschrift

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

Beigefügte Vereinbarungen/Unterlagen

Erklärung zum Medical Home Service # 3035 (siehe Seite 9)
 Mit ärztlicher Untersuchung
 Fragebogen # 3395 Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz
 Weitere Angaben auf unterschriebenem Extrablatt
 Weitere Angaben Direktversicherung # 3499

Ausfüllverzicht bei „Untersuchung mit dem Medical Home Service“
 Sonstiges, und zwar _____

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Continentale Lebensversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. an IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags bei uns unentbehrlich. Geben Sie Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Sie haben auch die Möglichkeit, Ihre Einwilligung während der Vertragslaufzeit für die Zukunft zu widerrufen, soweit sich der Widerruf nicht auf Einwilligungen bezieht, die für die Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrages unentbehrlich sind. Mir ist bekannt, dass mein Widerruf zu einer Verzögerung bei der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Continentale Lebensversicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2. und 5.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Continentale Lebensversicherung AG (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Continentale Lebensversicherung AG

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen

Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

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 ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Continentale Lebensversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Continentale Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Continentale Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die Continentale Lebensversicherung AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Continentale Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Continentale Lebensversicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Continentale Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass 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.

Bestätigung zur Risikovorfrage

Bitte beachten Sie, dass

- eine Risikovorfrage nur bearbeitet werden kann, wenn sie zusammen mit dieser ausgefüllten und unterzeichneten „Bestätigung zur Risikovorfrage“ inkl. der unterschriebenen „Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ eingereicht wird
- wir die Risikovorfrage nur bei Angabe des vollständigen Namens, der Anschrift und des Geburtsdatums der zu versichernden Person bearbeiten können. Anonyme Risikovorfragen sind nicht möglich.
- die Angabe Ihrer Vertriebspartner-Nummer und Ihrer Kontaktdaten zwingend erforderlich sind.
- die Beantwortung der Risikovorfrage und das damit getroffene Votum vorbehaltlich der endgültigen Risikoprüfung bei Antragstellung gilt. Das Votum ist somit nicht bindend.

Angaben zum Vertriebspartner

Name		VEP-Nummer
Telefonnummer	Fax-Nummer	E-Mail-Adresse

Angaben zur zu versichernden Person

Name, Vorname		Geburtsdatum
Anschrift		Beruf

Zusätzliche Angaben

Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Datenschutz-Grundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diese Risikovorfrage und für den Fall des späteren Vertragsschlusses erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Continentale Lebensversicherung AG, und Ihr Versicherungsvermittler, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Risikovorfrage sowie für eine spätere Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags bei uns unentbehrlich. Geben Sie Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Risikovorfrage nicht ab, wird die Prüfung der Versicherbarkeit in der Regel nicht möglich sein. Sie haben auch die Möglichkeit, Ihre Einwilligung während der noch nicht abgeschlossenen Risikoprüfung für die Zukunft zu widerrufen, soweit sich der Widerruf nicht auf Einwilligungen bezieht, die für die Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen unentbehrlich sind. Ob und inwieweit ein Widerruf eine für die Zukunft wirkende Bedeutung erlangt und von uns berücksichtigt werden kann, erläutern wir Ihnen zur jeweiligen Erklärung.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Continentale Lebensversicherung AG selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Continentale Lebensversicherung AG (unter 2.) und
- nach Abschluss der Risikoprüfung (unter 3.).

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Continentale Lebensversicherung AG

Für die Prüfung Ihrer Risikovorfrage ist es erforderlich, Ihre Gesundheitsdaten erheben, speichern und nutzen zu können. Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Verarbeitung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten zum Zeitpunkt der Risikovorfrage nicht ab, ist eine Prüfung Ihrer Anfrage nicht möglich.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG und mein Versicherungsvermittler die von mir im Zusammenhang mit dieser Risikovorfrage und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung der Risikovorfrage erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Continentale Lebensversicherung AG

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

2.1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht immer vollständig selbst durch, sondern übertragen ggf. die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Continentale Versicherungsverbundes oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die Liste ist den Datenschutzhinweisen angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.continentale.de/dienstleisterliste eingesehen werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste entsprechend durch ein *) gekennzeichneten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Risikovorfrage nicht ab, ist die Prüfung Ihrer Risikovorfrage nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung und ist die Prüfung Ihrer Risikovorfrage noch nicht abgeschlossen, kann Ihr Widerruf für die Zukunft berücksichtigt werden. Die weitere Bearbeitung oder Abschluss der Prüfung Ihrer Risikovorfrage ist dann nicht mehr möglich.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Continentale Lebensversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Continentale Versicherungsverbundes und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Es ist möglich, dass die Rückversicherung die Continentale Lebensversicherung AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an

Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an Rückversicherungen zum Zeitpunkt der Risikovorfrage nicht ab, ist eine Risikoprüfung in bestimmten Einzelfällen nicht möglich. In diesem Fall werden Sie hierüber und über die konkrete Notwendigkeit der Datenweitergabe informiert. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung und ist die Prüfung Ihrer Risikovorfrage beim Rückversicherer noch nicht abgeschlossen, kann Ihr Widerruf für die Zukunft berücksichtigt werden. Die weitere Bearbeitung oder Abschluss der Prüfung Ihrer Risikovorfrage ist dann nicht mehr möglich.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Im Zusammenhang mit dieser Risikovorfrage und soweit es zu Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen und mit welchem Inhalt ein Versicherungsvertrag mit Ihnen angenommen werden kann.

Geben Sie uns für den Fall der Risikovorfrage über einen Vermittler Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an selbstständige Vermittler zum Zeitpunkt der Risikovorfrage nicht ab, ist die Prüfung Ihrer Risikovorfrage nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung und ist die Prüfung Ihrer Risikovorfrage noch nicht abgeschlossen, kann Ihr Widerruf für die Zukunft berücksichtigt werden. Die weitere Bearbeitung oder Abschluss der Prüfung Ihrer Risikovorfrage kann dann im Einzelfall nicht mehr möglich sein.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die Mitarbeiter der Continentale Lebensversicherung AG insoweit von ihrer Schweigepflicht.

3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten nach Abschluss der Risikoprüfung

Wir und Ihr Versicherungsvermittler speichern Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie zu einem späteren Zeitpunkt Versicherungsschutz beantragen. Die Risikoprüfung gilt auch als abgeschlossen, wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen.

Kommt im Anschluss ein Versicherungsvertrag mit Ihnen zustande, speichern wir Ihre Gesundheitsdaten zu Vertragszwecken.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten nach Abschluss der Risikoprüfung nicht ab, ist eine Prüfung und weitere Bearbeitung der Risikovorfrage nicht möglich.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG und mein Versicherungsvermittler meine Gesundheitsdaten – nach Abschluss der Risikoprüfung – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Risikovorfrage zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Ich bin einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten im Fall, wenn ein Vertrag mit mir zustande kommt, über den zuvor genannten Zeitraum hinaus zu Vertragszwecken gespeichert werden.

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person (bzw. bei Vorliegen eines/r entsprechenden Mandates / Vollmacht: Unterschrift Makler / Mehrfachagent)*

* Für Makler und Mehrfachagenten gilt: Sie können unter folgenden Voraussetzungen im Auftrag der zu versichernden Person unterschreiben,

- sofern Sie von ihr per Mandat / Einzelvollmacht bevollmächtigt wurden und
- sofern Sie zusätzlich die nachfolgende Bestätigung unterzeichnen.

Zusätzliche Bestätigung des Maklers / Mehrfachagenten

Ich bestätige, dass die zu versichernde Person mich als Makler / Mehrfachagent im Rahmen eines Mandates oder einer Einzelvollmacht berechtigt hat

- die mit dieser „Bestätigung zur Risikovorfrage“ eingereichten Gesundheitsdaten an Versicherer zum Zwecke der Risikoprüfung / Angebotseinholung o. ä. weiterzugeben und zu verarbeiten,
- Gesundheitsinformationen im Zusammenhang mit den zuvor genannten Zwecken vom Versicherer zu empfangen und
- die „Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ im Auftrag zu unterzeichnen.

Ich bestätige, dass ich meine Kundin / meinen Kunden auf die Widerruflichkeit zu dieser Einwilligung hingewiesen habe.

Zudem habe ich der zu versichernden Person alle Unterlagen im Zusammenhang mit der Voranfrage (inkl. der von mir im Auftrag unterzeichneten „Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“) ausgehändigt.

Datum

Unterschrift Makler / Mehrfachagent