

Versicherungsantrag

Antragsteller
(Versicherungsnehmer)

Bitte beantworten Sie alle Fragen im Antrag vollständig und richtig. Bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben können wir ggf. vom Vertrag zurücktreten, diesen anfechten und die Leistung verweigern.

Zu versichernde Person
(falls nicht Antragsteller)

Leistungen / Tarifdaten

Weitere Vertragsdaten

Herr Frau Firma

Familienname (ggf. abweichender Geburtsname) Vorname Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer Geburtsdatum Geburtsort

Postleitzahl Wohnort Vorwahl/Telefon privat¹⁾

Beruf/Branche Geschlecht m w Vorwahl/Telefon Geschäft¹⁾

Berufsstatus
 Selbstständig Angestellter Arbeiter Öfftl. Dienst Beamter Auszubildender/Student ledig verheiratet

Familienname (ggf. abweichender Geburtsname) Vorname Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer Geburtsdatum Geschlecht m w

Postleitzahl Wohnort Vorwahl/Telefon privat¹⁾

Beruf/Branche Familienstand¹⁾ ledig verheiratet Vorwahl/Telefon Geschäft¹⁾

Berufsstatus
 Selbstständig Angestellter Arbeiter Öfftl. Dienst Beamter Auszubildender/Student

Berufsgruppe 1 2 3 **Bitte bei Selbständigen und Angestellten zusätzlich beantworten:**
 Haben Sie eine leitende Tätigkeit und sind Ihnen 8 oder mehr Mitarbeiter personell unterstellt? ja

Interne Vermerke

Stempel des Vermittlers (Name, Adresse, Telefonnummer)

VEP - Nummer

Antragsnummer

Cabrio-Nummer

¹⁾ Freiwillige Angabe

Berufsunfähigkeits-Versicherung BU-Vorsorge *Premium* oder BU-Vorsorge *Classic* oder **Erwerbsunfähigkeits-Versicherung** EU-Vorsorge

01. Versicherungsbeginn Rente monatlich EUR Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer Jahre Leistungsdauer (gerechnet ab Versicherungsbeginn) Jahre

Beitragszahlungsweise
 monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich **Karenzzeit für die Rentenzahlung** ja Monate

Überschussbeteiligung
 Beitragsverrechnung Verzinsliche Ansammlung Sofortbonus Falls keine Eintragung: Beitragsverrechnung

Wachstumsplan zur Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherung ja nein **Leistungsdynamik** Steigerung der Rente bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit

Tarifvariante starterVorsorge mit automatischer Vertragsverlängerung starterVorsorge

Ich beantrage folgenden zweiten Vertrag (die obigen Vereinbarungen zum gewählten Tarif zur Überschussbeteiligung und zur Beitragszahlungsweise gelten auch für diesen zweiten Vertrag)

01. Versicherungsbeginn Rente monatlich EUR Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer Jahre Leistungsdauer (gerechnet ab Versicherungsbeginn) Jahre

Karenzzeit für die Rentenzahlung ja Monate **Wachstumsplan zur Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherung** ja nein **Leistungsdynamik** Steigerung der Rente bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit

Tarifvariante starterVorsorge mit automatischer Vertragsverlängerung starterVorsorge

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.

Bezugsberechtigung. Bezugsberechtigt für alle Leistungen ist der Versicherungsnehmer. Nach dessen Ableben (bitte immer namentlich benennen)

Familien- und Vorname Geburtsdatum

Sonstige Bestimmungen

Weitere Vertragsdaten

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

Kontonummer Bankleitzahl Geldinstitut

Name des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller (in diesem Fall immer VN-Legitimationsprüfung durchführen)

Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller

Sonstige Erklärungen und Vereinbarungen

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

Handelt es sich um eine betriebliche Altersversorgung? Wenn ja, Eintritt in den Betrieb am Versorgungszusage ab

Legitimationsprüfung.

Als Antragsteller (Versicherungsnehmer) handle ich auf eigene Rechnung Als Antragsteller (Versicherungsnehmer) handle ich auf Rechnung von Bitte ankreuzen, falls Legitimationsprüfung auf getrenntem Formular (VN = juristische Person)

Ausweisdaten des Antragstellers. Familien- und Vorname (ggf. abweichender Geburtsname) Geburtsdatum Personalausweis Reisepass Ausweis- / Reisepass-Nummer Straße, Hausnummer Ausstellende Behörde Postleitzahl Wohnort

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich die folgenden Unterlagen erhalten habe. Stand (Monat/Jahr): Die Allgemeinen Vertragsinformationen Tarife B1, B1-G - Berufsunfähigkeits-Police BU-Vorsorge Premium bzw. die Allgemeinen Vertragsinformationen Tarife B1, B1-G - Berufsunfähigkeits-Police BU-Vorsorge Classic bzw. die Allgemeinen Vertragsinformationen Tarife E1, E1-G - Erwerbsunfähigkeits-Police Die Individuellen Vertragsinformationen Unterschrift des Antragstellers

Die Allgemeinen Vertragsinformationen enthalten die in der Tarifbeschreibung (siehe Seite 4) genannten Versicherungsbedingungen, Erläuterungen zur Überschussbeteiligung, Hinweise zu den Steuerregelungen, die Satzung der Continentale Lebensversicherung a.G. und das Merkblatt zur Datenverarbeitung.

Die Individuellen Vertragsinformationen beziehen sich auf die im Antrag genannten individuellen Vertragsdaten.

Fragen zur Risikoeinschätzung

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.

Wichtig für uns ist dabei die Angabe aller Ihnen und der zu versichernden Person bekannten Gefahrumstände, 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.

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.

Falls die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantwortet werden, kann dies zum Verlust des Versicherungsschutzes führen oder später Vertragsanpassungen - auch rückwirkend - notwendig machen.

Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Vertragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne stellen, um dann aktuell eine Antragsentscheidung treffen zu können.

Fragen an die zu versichernde Person

Bitte beantworten Sie die Gesundheitsfragen auch, wenn Sie bei unserem Unternehmen oder einem anderen Unternehmen des Versicherungsverbands Die Continentale bereits versichert sind. Angaben zu bereits durchgeführten prädiagnostischen Gentests (s. Erläuterung auf Seite 6) brauchen Sie nicht zu machen.

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. Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Schwindel, Thrombose, Venenleiden, Durchblutungsstörungen)? ja nein
- b) der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe, Atemstörungen)? 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, Schmerzen, Rückenbeschwerden, Hüftgelenk-Fehlstellung, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, Verschleiß, rheumatische Beschwerden, Fibromyalgie)? ja nein
- i) der Haut (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautveränderungen)? 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, Ohrgeräusche, Lärmschaden, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen)? ja nein
- l) durch Allergien (z. B. Heuschnupfen, Hausstauballergie, Lebensmittelallergien, sonstige Unverträglichkeiten)? ja nein
3. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren Krankheiten oder Beschwerden
- a) der Psyche (z. B. depressive Stimmungen, Angstzustände, Neurose, Überlastungszustand, Essstörung, Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Burnout Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch)? ja nein
- b) der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie, Zyste, Lymphknoten)? ja nein
4. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren in Krankenhäusern oder Kuranstalten untersucht, behandelt oder beraten? Wann und wegen welcher Krankheiten, Leiden oder Beschwerden? Behandelnde Ärzte, Krankenhäuser etc. mit Anschrift. 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)? Wann und wegen welcher Krankheiten, Leiden oder Beschwerden? Ärzte etc. mit Anschrift. ja nein
6. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen, Betäubungsmittel oder häufig bzw. regelmäßig Medikamente? Wurden Sie wegen Alkoholkonsums und/oder dessen Folgen beraten oder behandelt? Von wem? ja nein
7. Sind Sie zurzeit krankgeschrieben? (AU-Bescheinigung) ja nein
8. Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen bzw. dauerhafte körperliche Behinderungen? Wenn ja, welche / aufgrund welches Leidens? Besteht ein Grad der Behinderung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit? ja nein
9. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test) oder warten Sie noch auf das Testergebnis? ja nein
10. Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 3 Monate ununterbrochen im außereuropäischen Ausland beruflich tätig? Wenn ja, bitte Zusatzfragebogen „Auslandsaufenthalt“ beifügen. ja nein
11. 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 Hobbies, bei denen besondere Gefahren bestehen (z. B. Flugrisiko/Drachenfliegen/Fallschirmspringen, Klettern, Tauchen, Extremsportarten, Kampfsportarten, Teilnahme an Wettbewerben/Rennfahrten)? ja nein
Bitte ggf. Zusatzfragebogen beifügen.
12. a) Bestehen für Sie schon Versicherungen für den Fall der Berufsunfähigkeit* (auch Zusatzversicherungen sind anzugeben) oder sind solche beantragt? ja nein
b) Wurden solche abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? Weshalb? ja nein
Wann? Monatliche Rente in Euro? Name des Unternehmens?
13. 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
14. Haben Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? Wenn ja, wann und weshalb? ja nein
- Nur auszufüllen bei Gesamrenten über 1.000 EUR (bei Ärzten über 1.500 EUR) monatlich (ggf. inkl. Sofortbonus):
15. Die gesamte monatliche Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente* überschreitet nicht die folgenden Einkommen aus beruflicher Tätigkeit: ja nein
- 60 % (75 % bei betrieblicher Altersversorgung) meines monatlichen Bruttoeinkommens
 - 90 % meines monatlichen Nettoeinkommens (90 %-Prüfung entfällt bei Selbständigen und bei betrieblicher Altersversorgung)
- * Neben der Absicherung für den Fall der Berufsunfähigkeit sind auch Erwerbsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits- und Grundfähigkeitsleistungen zu berücksichtigen.

Zusätzliche Vereinbarungen / Beigefügte Unterlagen

- Mit ärztlicher Untersuchung (bei anfänglichem Versicherungsschutz über 200.000 Euro)
- Fragebogen #3828 zur finanziellen Risikoprüfung
- Ergänzungsfragebogen #3885 zu speziellen Krankheitsbildern
- Weitere Angaben auf gesondertem, unterschriebenem Blatt
- Sonstiges, und zwar

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ihre vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über die Gesundheitsverhältnisse werden von uns geprüft, soweit dies zur Risikobeurteilung sowie zur Leistungsprüfung erforderlich ist. Hierzu sind wir regelmäßig auf Auskünfte, z. B. von Ärzten, Krankenhäusern, Behörden und anderen Versicherern angewiesen. Um diese Auskünfte einholen zu können, benötigen wir eine Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht. Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

- Ich befreie Ärzte, Krankenhäuser, Behörden, Personenversicherer usw. in dem auf Seite 6 beschriebenen Rahmen von ihrer Schweigepflicht. Die Continentale Lebensversicherung a.G. wird mich vor einer Erhebung unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Für die bei Antragstellung von mir namentlich benannten Ärzte und sonstigen Stellen erkläre ich mich bereits jetzt mit einer Datenerhebung einverstanden und verzichte auf eine gesonderte Unterrichtung.
- Die nebenstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich die Continentale Lebensversicherung a.G. informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde im jeweiligen Einzelfall entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bewusst, dass sich der Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrags dadurch verzögern oder der Versicherungsvertrag nicht zustande kommen kann.

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 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.

Schlussklärung

Mir ist bekannt, dass Willenserklärungen gegenüber dem Versicherer grundsätzlich schriftlich abzugeben sind. Die Erklärungen auf den Seiten 4, 5 und 6 habe ich gelesen. Sie enthalten weitere Erläuterungen zur Entbindung von der Schweigepflicht sowie zur Datenverarbeitung. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Mit meiner Unterschrift bestimme ich, dass sie Inhalt dieses Antrags sind.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort / Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift der zu versichernden Person
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Unterschrift des Vermittlers	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters	

Tarifbeschreibung

Berufsunfähigkeits-Versicherung – Tarif B1
(BU-Vorsorge *Premium* bzw. BU-Vorsorge *Classic*)
Für die Berufsunfähigkeits-Versicherung gelten die „Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung BU-Vorsorge *Premium*“ bzw. die „Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung BU-Vorsorge *Classic*“. Versichert ist ab 50%iger Berufsunfähigkeit die Beitragsbefreiung und die Rentenzahlung, wenn der Versicherungsfall während der vereinbarten BU-Versicherungsdauer eintritt.

Die vereinbarte Beitragszahlungsdauer entspricht immer der Versicherungsdauer. Die Leistungsdauer kann auch länger vereinbart werden. Die Leistung endet jedoch spätestens mit dem Ablauf der ab Versicherungsbeginn gerechneten Leistungsdauer.

Bei Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit von mindestens drei Punkten wird, wenn der Versicherungsfall während der vereinbarten BU-Versicherungsdauer eintritt, eine Leistung fällig, auch wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50% liegt. Die Leistung umfasst die Beitragsbefreiung und die Rentenzahlung.

Erwerbsunfähigkeits-Versicherung – Tarif E1 (EU-Vorsorge)

Für die Erwerbsunfähigkeits-Versicherung gelten die „Allgemeinen Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Versicherung“. Kann die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr als drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit nachgehen, ist die Beitragsbefreiung und die Rentenzahlung versichert, wenn der Versicherungsfall während der vereinbarten EU-Versicherungsdauer eintritt.

Die vereinbarte Beitragszahlungsdauer entspricht immer der Versicherungsdauer. Die Leistungsdauer kann auch länger vereinbart werden. Die Leistung endet jedoch spätestens mit dem Ablauf der ab Versicherungsbeginn gerechneten Leistungsdauer.

Bei Kündigung der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherung wird grundsätzlich kein Rückkaufswert fällig. Der Vertrag wird mit herabgesetzter Leistung beitragsfrei fortgeführt, sofern eine beitragsfreie Jahresrente von 300 EUR erreicht wird, andernfalls wird, sofern vorhanden, ein Rückkaufswert ausgezahlt und der Vertrag endet.

Karenzzeit

Karenzzeit ist der vereinbarte Zeitraum vom Eintritt der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit bis zum Beginn der Rentenzahlung. Ist eine Karenzzeit vereinbart, zahlen wir die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente nach dem Ablauf der Karenzzeit, wenn die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit zu diesem Zeitpunkt noch besteht.

Bei Vereinbarung einer Karenzzeit muss die Versicherungsdauer gegenüber der Leistungsdauer abgekürzt sein

bei Karenzzeit	um mindestens
3, 6, 9 oder 12 Monate	1 Jahr
15, 18, 21 oder 24 Monate	2 Jahre

Regelmäßige Steigerung der Rentenleistung bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit (Leistungsdynamik)

Bei vereinbarter Rentensteigerung im Leistungsfall (Leistungsdynamik) wird während einer bedingungs-gemäßen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente (ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung) jährlich um 1% erhöht. Die erste Erhöhung erfolgt zum Jahrestag des Versicherungsbeginns der auf den Beginn der Rentenzahlung folgt; sie wird ggf. anteilig berechnet.

Überschussbeteiligung zur Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

a) Mögliche Überschuss-Systeme für die Zeit, in der keine Leistung wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit erfolgt:

Beitragsverrechnung

Die Überschussbeteiligung wird direkt mit den fälligen Beiträgen verrechnet.

Verzinsliche Ansammlung

Die Überschussbeteiligung wird jährlich zugewiesen und verzinslich angesammelt.

Sofortbonus

Die Überschussbeteiligung wird für eine erhöhte Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsleistung (Sofortbonus) verwendet, die im Falle einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit zusätzlich zur garantierten Rente gezahlt wird.

b) Überschussbeteiligung während einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit:

Die laufenden Rentenleistungen werden jeweils zum 1. Januar eines Jahres erhöht. Dadurch erhöht sich die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente schrittweise.

Wachstumsplan

Wird der Wachstumsplan beantragt, gelten die „Besondere Bedingungen für den Wachstumsplan zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeits-Versicherung“.

Der Beitrag für die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherung erhöht sich erstmals nach drei Jahren und danach im Abstand von drei Jahren jeweils um 10%. Ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöht sich dadurch die versicherte Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente.

Die letzte Erhöhung erfolgt 6 Jahre vor Ablauf der Beitragszahlung, spätestens jedoch im Alter 50 der versicherten Person oder wenn mit der Erhöhung die versicherte Jahresrente von 72.000 Euro, ggf. inkl. Sofortbonus, überschritten wird.

Das Recht auf automatische Anpassung ohne Gesundheitsprüfung erlischt, sobald Sie hintereinander zwei Erhöhungen widersprochen haben oder sobald erstmals Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsleistungen beantragt werden.

starterVorsorge BU Premium, BU Classic und EU

Bei Vereinbarung der starterVorsorge verlängert sich Ihr Versicherungsschutz zum Ende der Versicherungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Der ursprüngliche Versicherungsvertrag, also der Vertrag, zu dem die Verlängerungsvereinbarung getroffen wird, muss die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- Das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person zum Versicherungsbeginn ist höchstens 30 Jahre. Dabei ist das rechnungsmäßige Alter die Differenz zwischen dem Versicherungsbeginnjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
- Die Versicherungsdauer des ursprünglichen Versicherungsvertrags ist höchstens bis zum Alter 35 Jahre vereinbart.
- Die Versicherungsdauer ist gegenüber der vereinbarten Leistungsdauer abgekürzt.

Die Verlängerung wird in einem neuen Versicherungsvertrag dokumentiert. Für den neuen Versicherungsvertrag gilt:

- Er beginnt zum Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer des ursprünglichen Versicherungsvertrags; gleichzeitig endet der ursprüngliche Versicherungsvertrag.
- Das Ende der Leistungsdauer bleibt unverändert.
- Das Ende der Versicherungsdauer entspricht dem Ende der Leistungsdauer. Ist diese Versicherungsdauer für den bei Abschluss des ursprünglichen Versicherungsvertrags ausgeübten Beruf nicht versicherbar, gilt stattdessen die danach höchstmögliche Versicherungsdauer.
- Die Höhe der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente entspricht der vereinbarten Rente des ursprünglichen Versicherungsvertrags zum Zeitpunkt der Verlängerung ohne Einbeziehung der Überschussbeteiligung.
- Der Beitragsberechnung wird das zum Versicherungsbeginn des neuen Versicherungsvertrags erreichte rechnungsmäßige Alter zugrunde gelegt.
- Der Tarif und die ansonsten dem ursprünglichen Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Vereinbarungen gelten auch für den neuen Versicherungsvertrag.

Sie erhalten rechtzeitig vor dem Verlängerungstermin eine Mitteilung über den neuen Versicherungsvertrag. Besteht zum Verlängerungstermin eine bedingungs-gemäße Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit, erfolgt die Mitteilung erst bei einem Wegfall der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit.

Der neue Versicherungsvertrag kommt nicht zustande, wenn Sie der Verlängerung bis zum Ende des ersten Monats nach unserer Mitteilung schriftlich widersprechen oder den Einlösungsbeitrag für den neuen Versicherungsvertrag nicht oder nicht rechtzeitig zahlen.

Umfang der ärztlichen Untersuchung bei Beantragung einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

Versicherungsschutz	Umfang der ärztlichen Untersuchung
Über 200.000 EUR Todesfall-Leistung 1.500 EUR mtl. BU/EU-Rente (gültig nur für Alter ab 46 Jahre) 1.500 EUR 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. oder
Über 400.000 EUR Todesfall-Leistung 2.000 EUR mtl. BU/EU-Rente 2.000 EUR mtl. LP-Rente	oder Zusätzlich zur Untersuchung auf üblichem Attestformu- lar (s.o.), jedoch durch den Facharzt für innere Medizin: ■ Ruhe-EKG und ausbelastete Ergometrie. ■ Cotinintest bei Beantragung der Nichtraucher- Vergünstigung.
Über 800.000 EUR Todesfall-Leistung 3.000 EUR mtl. BU/EU-Rente 3.000 EUR mtl. LP-Rente	oder Ergänzend hier außerdem erforderlich: ■ 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 sind Vorversicherungen der letzten 5 Jahre, ein ggf. bestehender oder beantragter Todesfallsschutz bzw. eine ggf. bestehende oder beantragte Sofortbonus-Rente zu berücksichtigen.

Ergänzungs-Fragebogen zur finanziellen Risikoprüfung (# 3828)

Bei monatlichen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Renten über 2.000 Euro (ggf. inkl. Sofortbonus) ist der Fragebogen zur finanziellen Risikoprüfung auszufüllen.

Ergänzungs-Fragebogen 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

Schlussklärung / Einwilligungserklärung

Die Fragen auf den Seiten 1 bis 3 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.

Freiwillige Selbstverpflichtung

Die Continentale Lebensversicherung a. G. hat sich freiwillig verpflichtet, die Durchführung prädiktiver Gentests (Untersuchung des Erbmaterials einer gesunden Person auf die Veranlagung für bestimmte Krankheiten) nicht zu fordern.

Schweigepflichtentbindungserklärung

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. Es kann zwischen der pauschalen und der individuellen Schweigepflichtentbindung gewählt werden.

Pauschale Schweigepflichtentbindung

Erfolgt die Entbindung von der Schweigepflicht pauschal, so gilt diese im Rahmen der Antragsprüfung für die Zeit vor Antragsannahme und für die nächsten fünf Jahre nach Antragsannahme. Wir werden die versicherte Person in diesem Fall vor einer Datenerhebung bei Dritten unterrichten und darauf hinweisen, dass sie der Erhebung widersprechen kann. Für die im Rahmen der Antragstellung namentlich angegebenen Ärzte und sonstigen Stellen gilt das Einverständnis zur Datenerhebung im Rahmen der Risikobeurteilung bei Vertragsabschluss als erteilt; es erfolgt keine gesonderte Unterrichtung. Die Schweigepflichtentbindung gilt für erfor-

derliche Leistungsprüfungen nach dem Tod der versicherten Person auch über deren Tod hinaus.

Individuelle Schweigepflichtentbindung

Wird keine pauschale Schweigepflichtentbindung erteilt, so informieren wir die zu versichernde Person vor jeder Erhebung, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Die zu versichernde Person kann dann jeweils entscheiden, ob sie die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht entbindet. Durch die Entscheidung für diese Alternative kann sich die Prüfung des Versicherungsantrags verzögern, wenn sich mithilfe der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht abschließend durchführen lässt. Im Falle des Todes der zu versichernden Person kann es zur Verzögerung der Leistungsprüfung oder sogar zur Leistungsfreiheit führen, wenn die Frage der Leistungspflicht nicht oder nur teilweise geprüft werden kann.

Werden Leistungen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit beantragt, wird die pauschale bzw. individuelle Schweigepflichtentbindung im Zuge der Leistungsprüfung angefordert.

Ich willige ein, dass das Unternehmen im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen 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 und an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen des Versicherungsverbands Die Continentale und die Kooperationspartner Münchner Kapitalanlage AG und 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.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir als Teil der Allgemeinen Vertragsinformationen überlassen wird.

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

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

Continentale Lebensversicherung a. G.

Direktion:
Baierbrunner Str. 31-33, 81379 München
Postfach, 81357 München

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

Sitz der Gesellschaft: München
Handelsregister Amtsgericht München B 3405