

Antrag auf Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif B 1 bis 1.500 Euro

Flexible Berufsunfähigkeits-Police



Antragsteller (Versicherungsnehmer)

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 Familienstand¹⁾ _____

Interne Vermerke

Stempel des Vermittlers (Name, Adresse, Telefonnummer)

VEP-Nummer _____

Antragsnummer _____

Cabrio-Nummer _____

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)

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 1 2 3

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 nein

¹⁾ Freiwillige Angaben.

Leistungen/Tarifdaten

Versicherungsbeginn 01. _____ Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer _____ Jahre Leistungsdauer (gerechnet ab Versicherungsbeginn) _____ Jahre Beitragszahlungsweise 1/12 1/4 1/2 1/1

Monatliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente 500 EUR 750 EUR 1.000 EUR 1.500 EUR

Überschussbeteiligung (bei Betrieblicher Altersversorgung immer Sofortbonus) Beitragsverrechnung Verzinssliche Ansammlung Sofortbonus

Wachstumsplan (siehe Seite 2) ja nein

Beitrag entsprechend Zahlungsweise

Beitrag _____ EUR

Zahlbetrag bei Beitragsverrechnung von Überschüssen* _____ EUR

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

Weitere Vertragsdaten

Bezugsberechtigung. Bezugsberechtigt für alle Leistungen ist der **Versicherungsnehmer.** Nach dessen Ableben Familien- und Vorname (bitte immer namentlich benennen) _____ Geburtsdatum _____

Handelt es sich um eine Betriebliche Altersversorgung? Falls ja, bitte Versorgungszusage beifügen. ja nein

Einzugsermächtigung. Die Beiträge sind bis auf Widerruf von meinem Konto (kein Sparkonto) einzuziehen. Kontonummer _____ Bankleitzahl _____ Geldinstitut _____

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

Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller _____

Erklärungen der zu versichernden Person

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben? (AU-Bescheinigung)? ja nein

2. Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an Krankheiten, auch psychischen Erkrankungen, Beschwerden oder sonstigen Gesundheitsstörungen, an Verletzungen, Vergiftungen oder Unfallfolgen, wurden Sie in den letzten 5 Jahren ärztlich untersucht, behandelt oder beraten? ja nein

3. Haben Sie in den letzten 10 Jahren Strahlenbehandlungen oder Chemotherapien durchgemacht oder sind diese vorgesehen? Bestehen oder bestanden in den letzten 10 Jahren körperliche Gebrechen (auch Fehlsichtigkeit über 6 Dioptrien), Missbildungen? Welche? Grad der Behinderung? ja nein

4. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen, Betäubungsmittel oder häufig bzw. regelmäßig Medikamente? Wurden Sie wegen Alkoholkonsum und/oder dessen Folgen beraten oder behandelt? Von wem? ja nein

5. Sind Sie besonderen Gefahren in Beruf oder Sport ausgesetzt (z.B. Strahlen, gefährliche Stoffe, Wettfahrten, Flugsport)? Beabsichtigen Sie längere Aufenthalte außerhalb Europas (ohne Urlaubszeiten)? Wann? Wo? Wie lange? ja nein

6. a) Bestehen bereits Lebens- oder BU-Versicherungen bzw. wurden solche beantragt? ja nein
b) Sind solche bereits abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen worden? ja nein

7. Die beantragte Berufsunfähigkeitsrente (einschließlich aller Ansprüche aus Erwerbsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits- und Grundfähigkeitsrenten) überschreitet nicht die folgenden Einkommen aus beruflicher Tätigkeit:
- 60% (75% bei betrieblicher Altersversorgung) meines monatlichen **Brutto**einkommens
- 90% meines monatlichen **Netto**einkommens (90%-Prüfung entfällt bei Selbständigen und bei betrieblicher Altersversorgung)

Bitte ggf. Fragebogen zur finanziellen Risikoprüfung beifügen.

2) Angaben zu bereits durchgeführten prädiagnostischen Genetests (s. Erläuterung auf Seite 2) brauchen Sie nicht zu machen.

Ergänzungs-Fragebogen #3885 liegt bei. Sofern eine der folgenden Krankheiten besteht oder bestand:

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

Legitimationsprüfung

Weitere Angaben (falls auf gesondertem, unterschriebenem Blatt, bitte ankreuzen)

Als Antragsteller (Versicherungsnehmer) handle ich auf eigene Rechnung auf fremde Rechnung

Bitte ankreuzen, falls Legitimationsprüfung erforderlich oder auf fremde Rechnung gehandelt wird (Formular # 3395 beifügen).

Widerspruchsrecht/ Schlussserklärung

Ich kann dem beantragten Versicherungsvertrag innerhalb einer Frist von 30 Tagen nach Aushändigung des Versicherungsscheins und der Verbraucherinformation mit den Versicherungsbedingungen widersprechen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.

Unterschrift

Mir ist bekannt, dass Willenserklärungen gegenüber dem Versicherer grundsätzlich schriftlich abzugeben sind. Die Erklärungen auf Seite 2 habe ich gelesen. Sie enthalten Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Mit meiner Unterschrift bestimme ich, dass sie Inhalt dieses Antrags sind.

Ort / Datum _____ Unterschrift des Antragstellers ggf. _____ Unterschrift der zu versichernden Person _____ Unterschrift des Vermittlers _____

Tarifbeschreibung

Für die Berufsunfähigkeits-Versicherung gelten die "Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung" und die Satzung der Continentale Lebensversicherung a. G. (Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit).

Tarif B 1

Versichert ist ab 50 % iger Berufsunfähigkeit (BU) 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.

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir innerhalb von zwei Wochen, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätestens alle sechs Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand. Eine zeitlich befristete Anerkennung unserer Leistungspflicht werden wir nicht aussprechen.

Bei Kündigung einer Berufsunfähigkeits-Versicherung wird kein Rückkaufswert fällig. Wurde das Überschuss-System Verzinliche Ansammlung gewählt, wird bei Kündigung das vorhandene Überschussgut haben ausgezahlt.

Regelmäßige Steigerung der Rentenleistung bei Berufsunfähigkeit (Leistungsdynamik)

Bei vereinbarter Rentensteigerung im Leistungsfall (Leistungsdynamik) wird während einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit die Berufsunfähigkeitsrente (ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung) jährlich um 1 % erhöht. Die erste Erhöhung erfolgt zum ersten Jahrestag des Versicherungsbegins nach Eintritt der Berufsunfähigkeit; sie wird ggf. anteilig berechnet.

Überschussbeteiligung

a) Mögliche Überschuss-Systeme für die Zeit, in der keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit erfolgt:

Beitragsverrechnung

Die Überschussbeteiligung wird direkt mit den fälligen Beiträgen verrechnet.

Verzinliche Ansammlung

Die Überschussbeteiligung wird jährlich zugewiesen und verzinlich angesammelt.

Sofortbonus

Die Überschussbeteiligung wird für eine erhöhte Berufsunfähigkeitsleistung (Sofortbonus) verwendet, die im Falle einer Berufsunfähigkeit zusätzlich zur garantierten Rente gezahlt wird.

b) Überschussbeteiligung während einer Berufsunfähigkeit:

Die laufenden Rentenleistungen werden jeweils zum 1. Januar eines Jahrs erhöht. Dadurch erhöht sich die Berufsunfähigkeitsrente schrittweise.

Wachstumsplan zur Berufsunfähigkeits-Versicherung

Wird der Wachstumsplan beantragt, gelten die "**Besonderen Bedingungen für den Wachstumsplan zur Berufsunfähigkeits-Versicherung**".

Der Beitrag für die Berufsunfähigkeits-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 Berufsunfähigkeitsrente.

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 36.000 Euro, ggf. inkl. Sofortbonus, überschritten wird.

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

Schlusserklärung

Die Fragen auf Seite 1 sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Jede bis zur Annahme des Antrags noch eintretende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der zu versichernden Person werde ich unverzüglich dem Unternehmen schriftlich anzeigen. Ich weiß, dass das Unternehmen bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung 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.

Ich ermächtige das Unternehmen, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, bei denen ich in Behandlung war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen; dies gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten 5 Jahre nach der Antragsannahme.

Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beansprucht, darf das Unternehmen die im vorhergehenden Satz genannten Personen und Einrichtungen sowie die Ärzte, die mich untersucht haben, auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben, befragen.

Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

Einwilligungserklärung

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 Versicherungsverbundes 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 spätestens mit dem Versicherungsschein und zusammen mit weiteren Verbraucherinformationen - auf Wunsch auch sofort - 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 Straße 31-33 • 81379 München
Postfach • 81357 München

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

Sitz der Gesellschaft: München
Handelsregister Amtsgericht München B 3405