Die Continentale

Vereinbarung „bAV BU-Aktion“ – Absicherung einer Berufsunfähigkeitsrente

Mit der Vereinbarung „bAV BU-Aktion“ werden die „Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person“: Teil C. (Erklärung zum Gesundheitszustand) Ihres Antrags auf Berufsunfähigkeits-Versicherung (Tarif PBU) bzw. auf Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Tarife PBUZB, PBUZR) als Direktversicherung ersetzt.

Bitte beachten Sie: Die Teile A (Allgemeine Fragen zur persönlichen Situation) und B (Besondere Risikofragen) sind zu beantworten.

Zum Antrag vom

Antragsnummer (falls vorhanden)

Antragsteller / Arbeitgeber – Versicherungsnehmer

Firma

Arbeitnehmer – Zu versichernde Person

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Voraussetzungen für die Vereinbarung „bAV BU-Aktion“

- Diese Vereinbarung kann nur im Zusammenhang mit der Beantragung einer Direktversicherung im Aktionszeitraum bis zum 31.03.2020 eingesetzt werden.
- Die beantragte monatliche BU-Rente darf max. 3.000 EUR (ggf. inklusive Sofortbonus) betragen.
- Die ärztlichen Untersuchungsgrenzen (siehe Antragsformular) gelten auch im Rahmen dieser Aktion.
- Die insgesamt bei der Continentale Lebensversicherung AG versicherte monatliche BU-Rente darf einschließlich der beantragten BU-Rente 3.000 EUR (ggf. inklusive Sofortbonus) nicht überschreiten; Risikoerkenntnisse aus Vorversicherungen fließen mit in die Risikobeurteilung.
- Das Höchsteintrittsalter der zu versichernden Person beträgt 60 Jahre.
- Dynamik um einen gleichbleibenden Satz von max. 3% des Vorjahresbeitrags möglich.
- Die ereignisunabhängige Nachversicherung ist ausgeschlossen.

Erklärung zum Gesundheitszustand 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 die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 3 dieser Vereinbarung.

C. Erklärung zum Gesundheitszustand

Größe cm Gewicht kg

1. Nahmen Sie in den **letzten 3 Jahren** vor Antragstellung über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen regelmäßig (täglich, wöchentlich, monatlich) **Medikamente** oder nehmen Sie aktuell Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein

   Nicht anzugeben sind: Verhütungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel

2. Haben in den **letzten 5 Jahren** vor Antragstellung **Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte** oder **ambulante Operationen** stattgefunden oder wurden bzw. sind solche ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? ☐ ja ☐ nein

   Nicht anzugeben sind: Aufenthalte bzw. Operationen wegen Entbindung, Mandelentfernung, Blinddarmentfernung, Sterilisation, Zahnoperation, Gallenstein- oder einmaliger Nasenpolypenentfernung, die jeweils komplikationslos und folgenlos verlaufen sind.

3. Sind oder waren Sie in den **letzten 5 Jahren** vor Antragstellung bei **Ärzten, Heilpraktikern, Psychotherapeuten**, sonstigen – auch nichtärztlichen – **Heilbehandlern** in Behandlung, zur Beratung oder zur Untersuchung? ☐ ja ☐ nein

   Nicht anzugeben sind: Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen wegen Erkältungskrankheiten (z.B. Erkältungsschnupfen, Halsentzündung, grippaler Infekt), die folgenlos ausgeheilt sind, Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, die folgenlos ausgeheilt sind, Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Hautkrebsvorsorge, Check-up, gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen), die ohne krankhaften Befund blieben, Zahnarztbehandlungen, Reiseberatungen, Impfungen und Augenarztuntersuchungen ausschließlich wegen Kurz- und Weitsichtigkeit kleiner/gleich 8 Dioptrien.

Original an Versicherer 1. Ausfertigung für Arbeitnehmer 2. Ausfertigung für Vertriebspartner

Beiblatt Vereinabrung „bAV BU-Aktion“ ■ 3469 / 11.2019

Die Continentale

4. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den **letzten 10 Jahren** vor Antragstellung **psychische Erkrankungen, Störungen oder Beschwerden?** ☐ ja ☐ nein

5. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den **letzten 6 Monaten** vor Antragstellung **Beschwerden oder Befindlichkeitsstörungen** (z.B. Erschöpfungszustand, Schmerzen, Konzentrationsschwäche, Schlafstörung, Überlastungssyndrom, Nachtschweiß, Fieber, ungewollte Gewichtsabnahme, Darm-, Haut- oder Atemwegsirritationen) wegen derer Sie nicht in Behandlung, zur Beratung oder zur Untersuchung waren/sind? ☐ ja ☐ nein

6. Bestehen bei Ihnen **chronische Erkrankungen** (z.B. Multiple Sklerose, rheumatoide oder infektiöse Erkrankungen) oder bestehen **Funktionsbeeinträchtigungen** aufgrund von Gesundheitsschäden, bestehenden **Fehlbildungen,** Folgen von Operationen oder Unfällen, wurde ein Grad der Behinderung (GdB), ein Grad der Schädigungsfolge (GdS), eine Wehrdienstbeschädigung (WdB) oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) anerkannt oder in den letzten 5 Jahren beantragt oder beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente? ☐ ja ☐ nein

   Bitte Kopie des **vollständigen** Bescheides beifügen.

7. Wurden bei Ihnen in den **letzten 5 Jahren** vor Antragstellung **diagnostische Untersuchungen,** z.B. Röntgen, Ultraschall, Magnetresonanztomographie (MR), Computertomographie (CT), Kernspin, EKG, Echo, Doppler, Spiegelungen (Magen, Darm), Szintigraphie oder Laboruntersuchungen durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

   Nicht anzugeben sind: Vorsorgeuntersuchungen die ohne krankhaften Befund blieben (z.B. Hautkrebsvorsorge, Check-up, gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen, augenärztliche und zahnärztliche Untersuchungen).

8. Wer ist Ihr **Hausarzt** bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert? (Name, Anschrift und Fachrichtung)?

Einschränkung der Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Bei der Verwendung der Vereinbarung gilt abweichend von den Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PBU bzw. den Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen nach den Tarifen PBUZB und PBUZR folgender Ausschluss:
Ihr Recht auf ereignisunabhängige Nachversicherung ist ausgeschlossen (siehe Abschnitt H der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PBU bzw. Abschnitt E der Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen nach den Tarifen PBUZB und PBUZR).

Schlusserklärung und Antragsunterschriften

Bevor Sie die Vereinbarung unterschreiben, überprüfen Sie bitte alle Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Bitte beachten Sie Abschnitt A) „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 3 dieser Vereinbarung.

Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Erklärungen zum Inhalt des Antrags.

Datum	✕ Unterschrift der zu versichernden Person/des Arbeitnehmers ab Alter 16 und /oder der gesetzlichen Vertreter	Unterschrift des Vermittlers

Original an Versicherer 1. Ausfertigung für Arbeitnehmer 2. Ausfertigung für Vertriebspartner

Beiblatt Vereinabrung „bAV BU-Aktion“ ■ 3469/11.2019

Die Continentale

A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Die nachfolgenden Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen. Die Anzeigepflicht ist vom Antragsteller – sowohl für sich als auch für die zu versichernde Person – zu beachten und zu erfüllen. Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung durch eine zu versichernde Person.

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

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

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes
Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

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

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Bei einer Rentenversicherung haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Auszahlungsbetrags, bei einer Berufsunfähigkeits-Versicherung wird kein Auszahlungsbetrag fällig.

2. Kündigung
Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann der Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat gekündigt werden. Im Falle einer Kündigung wandelt sich der Versicherungsvertrag in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

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

3. Vertragsanpassung und Wegfall des Versicherungsschutzes
Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil, können also für bereits eingetretene Versicherungsfälle zum Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, verzichten wir auf das Recht zur Vertragsanpassung.

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

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

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

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

Original an Versicherer 1. Ausfertigung für Arbeitnehmer 2. Ausfertigung für Vertriebspartner

Continentale Lebensversicherung AG
– Direktion –
Baierbrunner Str. 31-33
D-81379 München

Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),
Dr. Helmut Hofmeier, Alf N. Schlegel
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer

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