

Antrag

auf Kranken-, Pflege- und Krankentagegeldversicherung

Stand: 01.01.2019

Continentale Krankenversicherung a.G.

Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

www.continentale.de

Antrag auf Krankenversicherung

Neuantrag Änderungsantrag



Bitte beachten Sie Abschnitt „A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 8 dieses Antrages.

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Nachname / Firma¹ Frau Herr Firma _____ Vorname¹ _____

Straße, Hausnummer¹ _____ Geburtsdatum _____

Postleitzahl¹ _____ Wohnort¹ _____

Staatsangehörigkeit² _____

Beruf (zurzeit ausgeübt) _____ Branche _____

Berufsstatus³ Selbstständig / Freiberufler seit dem _____

Eintragung im Handelsregister² nein ja, am _____

Gewerbeanmeldung/Zulassung² nein ja, am _____

Name Firma / Arbeitgeber² _____ Anschrift Firma / Arbeitgeber² _____

Telefonnummer für Rückfragen⁴ _____ E-Mailadresse⁴ _____

Vertriebspartner/Interne Vermerke

Vep-Nr. _____

Antrags-Nr. _____ Versicherungs-Nr. _____

Fremd-Nr. 1 _____ Fremd-Nr. 2 _____

Fremd-Nr. 3 _____ Adresskonto-Nr. _____

Kunden-Nr. (sofern bekannt) _____ Weiterer Vertrag im Verbund _____

Für Rückfragen zum Antrag:
Vep-Name _____ Telefon-Nr. _____

1 Vollständiger Name / Hauptwohnsitz laut Melderegister (siehe 5. Einwilligung in die Bonitätsauskunft und in die Verwendung der Ergebnisse innerhalb der „Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“)

2 nur bei Krankheitskostenvollversicherungen und Krankentagegeldversicherungen auszufüllen

3 Kennziffern siehe Seite 9

4 freiwillige Angaben zum Zwecke der vertraglichen Kommunikation

Zu versichernde Person(en) Gesamtzahl der zu versichernden Personen

<p>PERSON 1 <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr</p> <p>Nachname _____</p> <p>Vorname _____ Geburtsdatum _____</p> <p>Staatsangehörigkeit¹ _____</p> <p>Straße, Hausnummer² _____</p> <p>Postleitzahl² _____ Wohnort² _____</p> <p>Beruf (zurzeit ausgeübt) _____</p> <p>Branche _____</p> <p>Berufsstatus³ <input type="checkbox"/> Telefonnummer für Rückfragen⁴ _____</p> <p>E-Mailadresse⁴ _____</p>	<p>PERSON 2 <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr</p> <p>Nachname _____</p> <p>Vorname _____ Geburtsdatum _____</p> <p>Staatsangehörigkeit¹ _____</p> <p>Straße, Hausnummer² _____</p> <p>Postleitzahl² _____ Wohnort² _____</p> <p>Beruf (zurzeit ausgeübt) _____</p> <p>Branche _____</p> <p>Berufsstatus³ <input type="checkbox"/> Telefonnummer für Rückfragen⁴ _____</p> <p>E-Mailadresse⁴ _____</p>
---	---

1 nur bei Krankheitskostenvollversicherungen und Krankentagegeldversicherungen auszufüllen
2 falls abweichend vom Antragsteller

3 Kennziffer siehe Seite 9
4 freiwillige Angaben zum Zwecke der vertraglichen Kommunikation

Zusätzliche Angaben der zu versichernden Person(en)

<p>PERSON 1</p> <p>Arbeitgeberbescheinigung <input type="checkbox"/></p> <p>Selbstständig / Freiberufler seit dem _____</p> <p>Eintragung im Handelsregister¹ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____</p> <p>Gewerbeanmeldung/Zulassung¹ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____</p> <p>Name Firma / Arbeitgeber¹ _____</p> <p>Anschrift¹ _____</p> <p>Beihilfemessungssatz ambulant _____ % stationär _____ % Zahn _____ %</p> <p>Der Beihilfemessungssatz ist aufgrund eines gewährten bzw. zustehenden Zuschusses reduziert um: _____ %</p> <p>Beihilfekennzahl² _____ Mitglied im DBwV (Ehegatte / Kind des Mitglieds) <input type="checkbox"/></p> <p>Beantragung YG / YK von Ehegatten / Kindern von Beihilfeberechtigten:</p> <p><input type="checkbox"/> Es besteht zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Familienversicherung über ein pflichtversichertes Mitglied</p> <p>Nur bei den Tarifen StartA, StartK, StartS und StartZ auszufüllen:</p> <p>Name der Krankenkasse _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung bei Person _____</p> <p>Mitglied / Familienversicherung seit dem / beantragt zum _____</p>	<p>PERSON 2</p> <p>Arbeitgeberbescheinigung <input type="checkbox"/></p> <p>Selbstständig / Freiberufler seit dem _____</p> <p>Eintragung im Handelsregister¹ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____</p> <p>Gewerbeanmeldung/Zulassung¹ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____</p> <p>Name Firma / Arbeitgeber¹ _____</p> <p>Anschrift¹ _____</p> <p>Beihilfemessungssatz ambulant _____ % stationär _____ % Zahn _____ %</p> <p>Der Beihilfemessungssatz ist aufgrund eines gewährten bzw. zustehenden Zuschusses reduziert um: _____ %</p> <p>Beihilfekennzahl² _____ Mitglied im DBwV (Ehegatte / Kind des Mitglieds) <input type="checkbox"/></p> <p>Beantragung YG / YK von Ehegatten / Kindern von Beihilfeberechtigten:</p> <p><input type="checkbox"/> Es besteht zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Familienversicherung über ein pflichtversichertes Mitglied</p> <p>Nur bei den Tarifen StartA, StartK, StartS und StartZ auszufüllen:</p> <p>Name der Krankenkasse _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung bei Person _____</p> <p>Mitglied / Familienversicherung seit dem / beantragt zum _____</p>
--	--

1 nur bei Krankheitskostenvollversicherungen und Krankentagegeldversicherungen auszufüllen
2 Kennzahl siehe Seite 8

Einwilligungserklärung zum Datenaustausch mit den Finanzbehörden

Ich stimme der Einwilligungserklärung zum Datenaustausch mit den Finanzbehörden zu – nur Krankheitskostenvollversicherungen, Beihilfeversicherungen, Pflegepflichtversicherungen, Anwartschaftsversicherungen auf Krankheitskostenvollversicherungen und Auslandskrankenversicherungen, welche nicht kurzfristigen Auslandsaufenthalten dienen (siehe Seite 9 Abschnitt C) Ziffer 1.) Einwilligungen des Antragstellers / der zu versichernden Personen). Sollte ich meine Steueridentifikationsnummer nicht zur Hand haben, willige ich ferner ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Steueridentifikationsnummer nach § 139b Abgabenordnung beim Bundeszentralamt für Steuern erheben darf. Wenn Sie der Einwilligungserklärung zum Datenaustausch nicht zustimmen, kreuzen Sie bitte das Feld „nein“ an.

Person VN 1 2 nein

Steueridentifikationsnummer _____

VN = Versicherungsnehmer

Ich beantrage für die zu versichernden Personen eine

Kranken-/Pflegeversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund

PERSON 1 Tarif	Beitragsentlastung in EUR	Beitrag EUR ¹	PERSON 2 Tarif	Beitragsentlastung in EUR	Beitrag EUR ¹

Monatsbeitrag für Person 1 Monatsbeitrag für Person 2

monatlicher Gesamtbeitrag
 Beitragszahlungsweise 1/ jährlich Gesamtbeitrag gemäß Zahlweise für alle versicherten Personen

Versicherungsbeginn **Vertragsdauer:** Die Vertragsdauer ergibt sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife. Sollte dort keine Regelung vorhanden sein, so gilt eine Vertragsdauer von einem Versicherungsjahr. In der Pflegepflichtversicherung gilt das Kalenderjahr als Versicherungsjahr. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Der ausgewiesene Beitrag kann sich, sofern der tatsächlich an die Continentale Krankenversicherung a.G. ausgezahlte Übertragungswert von dem vom bisherigen Versicherer bescheinigten und bei der Beitragsberechnung berücksichtigten Übertragungswert abweicht, noch ändern. Es gilt dann der sich aufgrund des tatsächlich ausgezahlten Übertragungswert errechnete Beitrag.

Weiterer Termin	PERSON 1	für den Optionstarif AV-P1 zum <input type="text"/> oder	PERSON 2	für den Optionstarif AV-P1 zum <input type="text"/> oder
	<input type="checkbox"/> Ende der Versicherungspflicht oder einer Familienversicherung / Entstehen eines neuen eigenen Beihilfeanspruchs	<input type="checkbox"/> Eintritt der Versicherungspflicht / Entstehen eines neuen eigenen Beihilfeanspruchs	<input type="checkbox"/> Ende der Versicherungspflicht oder einer Familienversicherung / Entstehen eines neuen eigenen Beihilfeanspruchs	<input type="checkbox"/> Eintritt der Versicherungspflicht / Entstehen eines neuen eigenen Beihilfeanspruchs
Besondere Vereinbarungen	<input type="text"/>			

1 bei Tarif BUSINESS/COMFORT-U/COMFORT-MED/COMFORT/COMFORT-B/EB/ECONOMY-U/ECONOMY/CEB-PLUS-U/CEB-PLUS/CEK-PLUS-U/CEK-PLUS: ggf. einschließlich 2,56 Euro (CEB-PLUS-U, CEB-PLUS), 5- Euro (ECONOMY-U, ECONOMY, EB, CEK-PLUS-U, CEK-PLUS), 7,40 Euro (COMFORT-B), 7,50 Euro (COMFORT-U, COMFORT-MED, COMFORT) bzw. 10,00 Euro (BUSINESS) Zuschlag für Brillen und Kontaktlinsen; für die Tarife COMFORT-B und EB ist der Brillenzuschlag jeweils in Höhe des vereinbarten Prozentsatzes zu zahlen (Bsp.: für COMFORT-B/30 beträgt der Zuschlag 2,22 Euro)

Erklärungen des Antragstellers für die zu versichernden Personen zur Vorversicherung

	PERSON 1		PERSON 2		PERSON 1		PERSON 2	
	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja
A. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Krankengeldabsicherung in der GKV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Private Krankheitskostenvollversicherung bzw. einzelne Tarife?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Private Krankentagegeldversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Private Krankenhaustagegeldversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Pflegepflichtversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Pflegezusatzversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Kurkostenversicherung / Kurtagegeldversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherer ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen un-zweckmäßig und für beide Versicherer unerwünscht.

Per- Frage	Versicherer	Versicherungs-Nummer	Zeitraum von – bis bzw. abgelehnt am	Wurde die Versicherung beendet?	Weitere Angaben zu bestehenden Versicherungen oder Versicherungen, die bestanden haben ¹
son				nein wenn ja, von wem?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	<input type="text"/>

VN = Versicherungsnehmer / VR = Versicherungsunternehmen (private Krankenversicherung bzw. gesetzliche Krankenversicherung)

Besteht für Sie oder für eine der mitzuversichernden Personen bei einem Krankenversicherer ein Zahlungsrückstand von mehr als einem Monatsbeitrag? nein ja

Ich bin damit einverstanden, dass die Continentale Krankenversicherung hinsichtlich meiner Angaben ggf. Nachfrage bei den angegebenen Krankenversicherern hält, und entbinde diese angegebenen Krankenversicherer zu diesem Zweck von ihrer Schweigepflicht.

1 Erstattungsprozentsatz für Zahnersatz; Höhe des Krankenhaustagegeldes in Euro; Höhe des Krankentagegeldes in Euro inkl. Karenzzeit; Höhe des Pflegegeldes in Euro

Erklärungen des Antragstellers für die zu versichernden Personen

Wartezeiten: aufgrund einer ärztlichen Untersuchung: wegen Übertritt aus der GKV/PKV/ Heilfürsorge/truppenärztlichen Versorgung: Falls bei der Continentale/Europa krankenversichert: Stehen noch Rechnungen zur Vorlage aus oder haben Behandlungen stattgefunden, über die keine Rechnungen eingereicht wurden? Besondere Bedingungen „AZ/BA/BO“: Voraussichtliches Ende der Ausbildung Art der Ausbildung (z. B. Student im 3. Fachsemester/ Meisterschüler in Vollzeit)	PERSON 1 <input type="checkbox"/> Ich beantrage den Erlass der Wartezeiten! Ein ärztliches Zeugnis <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt bei. Ein Nachweis <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt bei. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann bitte Gesundheitsangaben machen <input type="checkbox"/> AZ/BA/BO-Anspruch besteht als eigener Anspruch <input type="checkbox"/> AZ/BA/BO-Anspruch besteht über den Ehegatten <input type="text"/> <input type="text"/> Ich bestätige, dass die nach AZ/BA/BO zu versichernden Personen – ausgenommen Ausbildungsvergütung/Ausbildungsförderung/Einkünfte aus der Erwerbstätigkeit als Arzt/Praktikanten-/Anwärterbezüge – keine regelmäßigen Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit haben. Die nach BA/BO versicherten Personen sind beihilfeberechtigt bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige. Eine Immatrikulationsbescheinigung / ein Nachweis zur Meisterausbildung <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt bei.	PERSON 2 <input type="checkbox"/> Ich beantrage den Erlass der Wartezeiten! Ein ärztliches Zeugnis <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt bei. Ein Nachweis <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt bei. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann bitte Gesundheitsangaben machen <input type="checkbox"/> AZ/BA/BO-Anspruch besteht als eigener Anspruch <input type="checkbox"/> AZ/BA/BO-Anspruch besteht über den Ehegatten <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt bei.
---	---	--

1 für CEJ, StartA, StartK und StartZ nicht möglich / für die Pflegepflichtversicherung gilt § 3 MB/PPV 2017

Zusätzliche Erklärungen bei beantragter Krankentagegeldversicherung

Bitte beachten Sie Abschnitt „A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 8 dieses Antrages.

A.

PERSON 1

Bei Tätigkeitsstatus
Selbstständig bzw. Freiberufler: Anzahl Arbeitnehmer¹
mitarbeitend nein ja nur aufsichts-
führend tätig: nein ja
Gesellschafter einer GmbH nein ja
wenn ja, besteht Sozialversicherungspflicht nein ja
ist als niedergelassener Arzt, Zahnarzt, Tierarzt

in eigener
Praxis tätig:

nein ja seit dem:

PERSON 2

Bei Tätigkeitsstatus
Selbstständig bzw. Freiberufler: Anzahl Arbeitnehmer¹
mitarbeitend nein ja nur aufsichts-
führend tätig: nein ja
Gesellschafter einer GmbH nein ja
wenn ja, besteht Sozialversicherungspflicht nein ja
ist als niedergelassener Arzt, Zahnarzt, Tierarzt

nein ja seit dem:

B.

Höhe der durchschnittlichen monatlichen Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit
(Nettoeinkommen bei Arbeitnehmern / 75 % vom Gewinn bei Selbstständigen / 75 % der Betriebseinnahmen bei Ärzten):

EUR EUR

Gehalts-/Lohnfortzahlung sowie sonstige Zahlungen des Arbeitgebers bei einer Arbeitsunfähigkeit (Dauer/Betrag/% vom Nettoeinkommen, gegebenenfalls Staffelung angeben):

C. Kranken-
tagegeld

Bei der Ermittlung der Höhe des Krankentagegeldes ist
 kein Anteil für Zahlungen an die Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosen-
versicherung oder Ersatzleistungen (z. B. berufsständisches Versorgungswerk),
 ein Anteil für Zahlungen an die Rentenversicherung (weil privat krankenversichert)
oder Ersatzleistungen,
 ein Anteil für Zahlungen an die Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosen-
versicherung (weil gesetzlich krankenversichert) berücksichtigt.

Bei der Ermittlung der Höhe des Krankentagegeldes ist
 kein Anteil für Zahlungen an die Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosen-
versicherung oder Ersatzleistungen (z. B. berufsständisches Versorgungswerk),
 ein Anteil für Zahlungen an die Rentenversicherung (weil privat krankenversichert)
oder Ersatzleistungen,
 ein Anteil für Zahlungen an die Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosen-
versicherung (weil gesetzlich krankenversichert) berücksichtigt.

D. Fehlzeiten

Zeiten von Arbeitsunfähigkeit in den letzten 3 Jahren:
 nein ja, wenn ja bitte nähere Angaben machen

Zeiten von Arbeitsunfähigkeit in den letzten 3 Jahren:
 nein ja, wenn ja bitte nähere Angaben machen

von bis Anzahl AU-Tage

von bis Anzahl AU-Tage

Wegen folgender
Erkrankungen/
Unfallfolgen:

¹ alle Arbeitnehmer mit regelmäßigem monatlichem Einkommen über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV – 2019: 445 Euro (den aktuellen Betrag bitte erfragen) – bzw. im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 (1) 1, 8a SGB IV nicht mehr als 450 Euro

Angaben zur Pflegepflichtversicherung (PPV)

PERSON 1

Soll eine bereits bei einem anderen Unternehmen bestehende PPV fortbestehen? ja nein

Ein Nachweis über eine anderweitige PPV wird nachgereicht¹. ist beigefügt.

PVN bzw. PVB seit dem

Ich beantrage die Beitragsbegrenzung des Ehepaar-Gesamtbeitrages auf 150 % des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung²:

Name, Vorname (Ehegatte)³

Bei abweichender Versicherungsgesellschaft: Pflegepflichtversicherungsvertrag besteht bei (der dortige Vertrag besteht nicht als Anwartschaft)

Für mich oder meinen Ehegatten³ liegen Altbestandskonditionen⁴ nach § 110 (1) u. (2) SGB XI vor. Ein Nachweis über Altbestandskonditionen

wird nachgereicht. ist beigefügt.

Ich bestätige, dass mein bzw. das Einkommen⁵ meines Ehegatten³ monatlich nicht über der Grenze für die Familienversicherung⁶ liegt.

Ich beantrage für das mitversicherte Kind Beitragsfreistellung für Kinder in der Pflegepflichtversicherung und bestätige, dass die Voraussetzungen gemäß § 25 SGB XI / § 8 (2), (3) MB/PPV 2017 erfüllt sind.
Nachgenannter Elternteil ist pflegepflichtversichert.

Name, Vorname

bei seit

Der Nachweis der Pflegepflichtversicherung des Elternteils

ist beigefügt. wird nachgereicht.

PERSON 2

Soll eine bereits bei einem anderen Unternehmen bestehende PPV fortbestehen? ja nein

Ein Nachweis über eine anderweitige PPV wird nachgereicht¹. ist beigefügt.

PVN bzw. PVB seit dem

Ich beantrage die Beitragsbegrenzung des Ehepaar-Gesamtbeitrages auf 150 % des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung²:

Name, Vorname (Ehegatte)³

Bei abweichender Versicherungsgesellschaft: Pflegepflichtversicherungsvertrag besteht bei (der dortige Vertrag besteht nicht als Anwartschaft)

Für mich oder meinen Ehegatten³ liegen Altbestandskonditionen⁴ nach § 110 (1) u. (2) SGB XI vor. Ein Nachweis über Altbestandskonditionen

wird nachgereicht. ist beigefügt.

Ich bestätige, dass mein bzw. das Einkommen⁵ meines Ehegatten³ monatlich nicht über der Grenze für die Familienversicherung⁶ liegt.

Ich beantrage für das mitversicherte Kind Beitragsfreistellung für Kinder in der Pflegepflichtversicherung und bestätige, dass die Voraussetzungen gemäß § 25 SGB XI / § 8 (2), (3) MB/PPV 2017 erfüllt sind.
Nachgenannter Elternteil ist pflegepflichtversichert.

Name, Vorname

bei seit

Der Nachweis der Pflegepflichtversicherung des Elternteils

ist beigefügt. wird nachgereicht.

Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben und verpflichte mich, auf Anforderung des Versicherers entsprechende Nachweise vorzulegen. Bei Veränderung werde ich den Versicherer unverzüglich informieren. Für Zeiten, in denen kein Anspruch auf eine Beitragsermäßigung in der Pflegeversicherung bestand, werde ich Beiträge nachentrichten. Ein Nachweis über das anderweitige Bestehen einer Pflegepflichtversicherung folgt.

¹ Aufgrund gesetzlicher Vorschriften muss eine Meldung an das Bundesversicherungsamt erfolgen, wenn der Nachweis nicht innerhalb von 3 Monaten vorgelegt wird.

² Voraussetzung: ein Ehegatte oder Lebenspartner besitzt Altbestandskonditionen⁴ und ein Ehegatte oder Lebenspartner hat ein Gesamteinkommen⁵, dass die Grenze der Familienversicherung⁶ nicht überschreitet

³ Ebenfalls Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz.

⁴ Voraussetzung Altbestandskonditionen: seit dem 01.01.1995 besteht eine private Pflegepflichtversicherung

⁵ Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts § 2 (1) EStG

(z. B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit usw.)

⁶ 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV – 2019: 445 Euro (den aktuellen Betrag bitte erfragen) bzw. im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 (1) 1, 8a SGB IV nicht mehr als 450 Euro.

Angaben für Bundeswehrangehörige

Die Gesundheitsbestätigung kann für folgende Tarife und Personenkreise (bis max. Eintrittsalter 35) abgegeben werden, anstatt die Angaben zum Gesundheitszustand (siehe nächste Seite) zu machen:

FWDL (Mitglied im DBwV) für die Tarifkombination: Y-U + YF

SaZ/BS (Mitglied im DBwV) für die Tarife: YK, YG, PVB¹, Y-U¹, YO¹, KHT/15¹, V43-U (zulagenberechtigte Tätigkeit)¹, PG-K-plus¹, PG-K¹, PG-E¹, PG-C¹, PZ-U¹, KS-U¹ und KS1-U¹

Bitte beachten Sie die Abschnitt „A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 8 dieses Antrages.

PERSON 1

Derzeit stationiert in Voraussichtliches Dienstzeitende

BS FWDL SaZ, seit dem

PERSON 2

Derzeit stationiert in Voraussichtliches Dienstzeitende

BS FWDL SaZ, seit dem

Bestätigung zur zu versichernden Person:

Ich bestätige, dass in den **letzten 3 Jahren** keine ambulanten bzw. in den **letzten 5 Jahren** keine stationären oder psychotherapeutischen Behandlungen oder Untersuchungen - mit einem krankhaften Befund - stattgefunden haben. Weiter bestehen keine körperlichen/geistigen Defizite und es sind keine Maßnahmen zu Krankheiten oder Beschwerden, die nicht behandelt wurden (auch un-erfüllter Kinderwunsch) vorgesehen oder angeraten. Darüber hinaus bestätige ich, dass maximal ein Zahn fehlt oder mit herausnehmbarem Zahnersatz versorgt ist (ausgenommen Weisheitszähne). Folgende Erkrankungen müssen nicht angegeben werden: Erkältungskrankheiten/Grippaler Infekt, Viruswarzen, akuter Magendarminfekt, oberflächliche Verletzungen ohne Folgen, Spreiz-/Senk-/Platfuß, akute Muskelverspannungen, Muskelriss, Muskelzerrung, Hautabszess.²

PERSON 1 PERSON 2

¹ Bei gleichzeitigem Abschluss zur Anwartschaftsversicherung YK oder YG

² Kann die Gesundheitsbestätigung nicht abgegeben werden, bitte Angaben zum Gesundheitszustand machen.

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 einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 8 dieses Antrages.

	PERSON 1		PERSON 2	
Größe / Gewicht	cm	kg	cm	kg
A. Fanden in den letzten 3 Jahren Untersuchungen oder Behandlungen statt? Wenn ja, welche, wann, wegen welcher Beschwerden, was wurde festgestellt (auch Pflegebedürftigkeit und Schwangerschaft), wer kann Auskunft geben?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
B. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte statt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
C. Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angedenkt oder durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
D. Bestehen Krankheiten oder Beschwerden, die nicht behandelt wurden (auch unerfüllter Kinderwunsch) oder sind noch Maßnahmen (z. B. stationäre Behandlung, Operation, Kur, Hyposensibilisierung) vorgesehen oder angedenkt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
E. Besteht Hilfsmittelbedarf oder bestehen Defizite körperlicher oder geistiger Art?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
F. Bestanden oder bestehen behördlich anerkannte gesundheitliche Schäden? Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Bescheides beifügen.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
G. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
H. Wird eine Sehhilfe (z. B. Brille, Kontaktlinsen) getragen bzw. ist eine solche angedenkt? Wenn ja, bitte die Dioptrienwerte (links/rechts) ab +/- 6 Dioptrien angeben.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,

Nur beantworten, wenn die beantragte Versicherung Zahnleistungen oder eine Option auf Zahnleistung vorsieht bzw. die kleine Anwartschaft YK beantragt wird. Bei einem Eintrittsalter von bis zu 18 Jahren müssen lediglich die Fragen J. und L. beantwortet werden:

J. Fehlen Zähne, die nicht ersetzt sind (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne)? Wenn ja, bitte Anzahl angeben.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	Anzahl	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	Anzahl
K. Ist das Gebiss mit herausnehmbarem und/oder festsitzendem Zahnersatz (z. B. Brücken, Kronen, Zahnprothesen) versorgt, der älter als 10 Jahre ist? Wenn ja, bitte die Anzahl der so versorgten Zähne angeben.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	Anzahl	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	Anzahl
L. Sind zahnärztliche/kieferorthopädische Behandlungen (z. B. Inlays, Parodontosebehandlung, Zahnersatz oder Implantate) notwendig, angedenkt oder wurden solche begonnen? Wenn ja, welche Behandlungen, wer kann Auskunft geben?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Nur zu beantworten für Personen (Eintrittsalter größer 18 Jahren), die den Tarif CEZK-U/CEZK/CEZP-U/CEZP, den Optionstarif YO oder einen Anspruch auf Leistungen der GKV haben und eine Option auf Zahnleistung beantragen:

M. Sind Zähne mit herausnehmbarem Zahnersatz versorgt? Wenn ja, bitte die Anzahl der Zähne und das Alter des Zahnersatzes angeben.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
--	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Wenn nur die Tarife PG-K-plus, PG-K, PG-E, PG-C, PZ-U, PZ, PTE und PTK für eine Person (nicht älter als 60 Jahre) beantragt werden, so müssen lediglich die Fragen C., F. und N. beantwortet werden.

N. Fanden in den letzten drei Jahren Behandlungen oder Untersuchungen – mit einem krankhaften Befund – statt oder besteht Pflegebedürftigkeit oder wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (zum Beispiel durch einen AIDS-Test)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Wenn nur der Tarif CEJ beantragt wird, so muss lediglich die Gesundheitsbestätigung O. abgegeben werden:

O. Ich bestätige, dass bei der zu versichernden Person eine kieferorthopädische Behandlung weder begonnen, noch beabsichtigt oder angedenkt wurde.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Nur beantworten, wenn die Frage H. mit ja beantwortet wurde und der Tarif BUSINESS/COMFORT-U/COMFORT-MED/COMFORT/COMFORT-B/EB/ECONOMY-U/ECONOMY/CEB-PLUS-U/CEB-PLUS/CEK-PLUS-U/CEK-PLUS beantragt wird:

Wenn eine Brille oder Kontaktlinsen erforderlich sind (siehe oben H), ist für folgende Tarife ein Beitragszuschlag zu entrichten oder auf Versicherungsschutz für Brillen und Kontaktlinsen zu verzichten. Der Beitragszuschlag beträgt 2,56 Euro (CEB-PLUS-U/CEB-PLUS), 5,- Euro (ECONOMY-U/ECONOMY/EB/CEK-PLUS-U/CEK-PLUS), 7,40 Euro (COMFORT-B), 7,50 Euro (COMFORT-U/COMFORT-MED/COMFORT) bzw. 10,00 Euro (BUSINESS). Bei den Tarifen COMFORT-B und EB ist der Brillenzuschlag jeweils in Höhe des versicherten Prozentsatzes zu zahlen (Bsp.: EB-NW/70 beträgt der Zuschlag 3,50 Euro).

Ich erkläre mich damit einverstanden, für folgende Tarife einen Beitragszuschlag für Brillen/Kontaktlinsen zu zahlen (Brillenzuschlag) bzw. dass für folgende Tarife kein Versicherungsschutz besteht (LA – Leistungsausschluss).

PER-SON	Tarif	Brillen-zuschlag	LA	PER-SON	Tarif	Brillen-zuschlag	LA
1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zu den mit ja beantworteten Fragen A. bis N. bitte unter Angabe der zu versichernden Person und der Frage nähere Angaben machen (Art der Beschwerden einschließlich Operationen, Folgeerscheinungen oder Fremdkörper nach Operationen, Diagnose, Beginn und Ende der Behandlung, verordnete Medikamente und Dosierung, bestehender, abgedeckter oder absehbarer Hilfsmittelbedarf, Art der körperlichen oder geistigen Defizite, Entbindungstermin, Anzahl/Alter fehlender oder mit herausnehmbarem und/oder festsitzendem Zahnersatz versorgter Zähne, AU Tage, Anschriften von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Kur/Rehakliniken, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, usw.).

Zu Person	Zu Frage	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Sollen Angaben nicht hier gemacht werden, sind sie innerhalb von 7 Tagen dem Versicherer unmittelbar schriftlich mitzuteilen; in diesem Fall bitte nebenstehendes Feld ankreuzen.

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so sind diese Angaben auf einem besonderen Blatt zu vermerken; in diesem Fall bitte nebenstehendes Feld ankreuzen.

Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Name des Antragstellers

Geburtsdatum des Antragstellers

Name der zu versichernden Person 1

Geburtsdatum der zu versichernden Person 1

Name der zu versichernden Person 2

Geburtsdatum der zu versichernden Person 2

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 diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Continentale Krankenversicherung a.G., 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 Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. **PAV-Card (zur Anfertigung von Versichertenkarten)** weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages 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. 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 Krankenversicherung a.G. selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2. und 5.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Continentale Krankenversicherung a.G. (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 Krankenversicherung a.G.

Für die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages 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 Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrages nicht möglich. Ein Widerruf nach Begründung des Versicherungsvertrages kann von uns regelmäßig nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig wäre und die weitere Durchführung des Versicherungsvertrages unmöglich macht.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. 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 Versicherungsvertrages 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:

PERSON 1 PERSON 2

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. – 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 Krankenversicherung a.G. übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Continentale Krankenversicherung a.G. an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Continentale Krankenversicherung a.G. 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.

oder

Möglichkeit II:

PERSON 1 PERSON 2

Ich wünsche, dass mich die Continentale Krankenversicherung a.G. 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 Krankenversicherung a.G. einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Continentale Krankenversicherung a.G. einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

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

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Continentale Krankenversicherung a.G. 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.

2.2. Erklärungen für den Fall des Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. **Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:**

Möglichkeit I:

PERSON 1 PERSON 2

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe 2.1. – Möglichkeit I).

oder

Möglichkeit II:

PERSON 1 PERSON 2

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Continentale Krankenversicherung a.G.

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab oder widerrufen Sie Ihre Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt, kann dies zu einer Verzögerung der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Continentale Krankenversicherung a.G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung, die Anfertigung von Versichertenkarten oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht immer vollständig selbst durch, sondern übertragen gegebenenfalls die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Continentale Versicherungsverbandes 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 bei Abschluss des Versicherungsvertrags 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 mit einem * gekennzeichneten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtenbindungserklärung.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrages nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung nach Begründung des Versicherungsvertrages unter Nennung des Dienstleisters sowie Darlegung Ihrer besonderen Situation, werden wir eine Interessensabwägung der konkreten Sachlage vornehmen und Sie über unser Ergebnis informieren. Ein sonstiger Widerruf kann von uns nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig wäre und die weitere Durchführung des Versicherungsvertrages unmöglich macht.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. 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 Krankenversicherung a.G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Continentale Versicherungsverbandes und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Continentale Krankenversicherung a.G. aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

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 Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrages nicht möglich. Ein Widerruf nach Begründung des Versicherungsvertrages kann von uns nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig wäre und die weitere Durchführung des Versicherungsvertrages unmöglich macht.

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 Krankenversicherung a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Geben Sie uns für den Fall des Vertragsabschlusses über einen Vermittler Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an selbstständige Vermittler zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrages nicht möglich. Ein Widerruf nach Begründung des Versicherungsvertrages führt zur Beendigung Ihres aktuellen Betreuungsverhältnisses und Ihre Daten werden nicht mehr an diesen Vermittler weitergegeben.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler nach Ende ihrer Betreuung

Im Laufe eines Versicherungsvertrages kann es vorkommen, dass ein selbstständiger Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt oder erweitert hat (sog. Abschlussvermittler), und diesen auch betreut hat, Ihren Versicherungsvertrag nicht weiter betreut (z. B. aufgrund der Beendigung des Vermittlervertrages mit uns oder aufgrund unserer oder Ihrer Entscheidung, dass ein anderer Versicherungsvermittler Ihren Vertrag betreuen soll).

In einem solchen Fall kann es dazu kommen, dass diesen Abschlussvermittlern auch nach Ende ihrer Betreuung Ihres Vertrages noch Daten über Veränderungen des Vertrages, die Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung des Vertrages übermittelt werden. Dies ist erforderlich, um unsere vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem jeweiligen Abschlussvermittler zu erfüllen.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrages nicht möglich. Ein Widerruf nach Abschluss des Versicherungsvertrages kann von uns nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig wäre und unsere vertragliche Verpflichtung gegenüber dem Abschlussvermittler unmöglich macht.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. an Abschlussvermittler auch nach Ende ihrer Betreuung meines Vertrages noch Daten über Veränderungen des Vertrages, die Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung des Vertrages übermittelt, und diese dort erhoben und gespeichert werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten für den Fall wenn der Vertrag nicht zustande kommt nicht ab, ist eine Prüfung und weitere Bearbeitung des Antrags nicht möglich.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

5. Einwilligung in die Bonitätsauskunft und in die Verwendung der Ergebnisse

Im Zusammenhang mit der Antragstellung wird zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos eine Bonitätsauskunft eingeholt. Geben Sie Ihre Einwilligung hierzu zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Ich willige jederzeit widerruflich ein, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) bei der Antragsprüfung genutzt werden, um Bonitätsprüfungen bei der SCHUFA und infocore Consumer Data GmbH durchzuführen. Zu diesem Zweck befreie ich jederzeit widerruflich die Continentale Krankenversicherung a.G. bezüglich der nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Für die Bonitätsprüfung benötigen wir die Angabe des vollständigen Namens und die Adressdaten des Hauptwohnsitzes laut Melderegistereintrag. Bei falschen Angaben behalten wir die Möglichkeit des Rücktritts und der Anfechtung des Vertrages vor.

SEPA-Lastschriftmandat

Das nachfolgende Mandat wird als sogenanntes „Rahmenmandat“ vereinbart. Dadurch können fällige Beträge, die sich gegebenenfalls aus weiteren Verträgen mit verschiedenen Versicherern des Continentale Versicherungsverbundes ergeben, in einer Summe abgebucht werden (bitte das Mandat ausfüllen und unterschreiben).

Sofern Sie der Continentale Krankenversicherung a.G. bereits ein Rahmenmandat erteilt haben, werden wir dieses auch für die Einziehung der fälligen Beträge aus diesem Vertrag nutzen.

Wenn Sie kein Rahmenmandat erteilen oder einer Einbeziehung dieses Vertrages in ein bereits bestehendes Rahmenmandat nicht zustimmen wollen, sondern stattdessen ein Einzelmandat wünschen, kreuzen Sie bitte das nachfolgende Feld an (bitte das Mandat ausfüllen und unterschreiben):

Aus organisatorischen Gründen werden alle Lastschriften des Continentale Versicherungsverbundes durch die Continentale Krankenversicherung a.G. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ00000053646) durchgeführt und mit „Continentale/Europa Verbund“ auf Ihrem Kontoauszug ausgewiesen. Hierbei handelt die Continentale Krankenversicherung a.G. im Auftrag der anderen Versicherer des Continentale Versicherungsverbundes.

Continentale Krankenversicherung a.G. • Ruhrallee 92, 44139 Dortmund • Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271	
Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ00000053646	
Mandatsreferenznummer – wird separat mitgeteilt.	
Nachname des Kontoinhabers / Firma	Vorname des Kontoinhabers
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer	
<input type="text"/>	
PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Continentale Krankenversicherung a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Continentale Krankenversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass ich rechtzeitig, mindestens jedoch einen Tag vor Belastung meines Kontos, bei jedem ersten Abruf sowie bei Änderungen von Betrag und/oder Abbuchungstermin über den bevorstehenden SEPA-Lastschrifteinzug unter Nennung des abzubuchenden Betrages informiert werde.	
Name und Ort des Kreditinstituts	
<input type="text"/>	
IBAN	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Datum	Unterschrift des Kontoinhabers
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (Kontoinhaber jünger 18 Jahre)

Erklärung zur Leistungsauszahlung

Die Leistungen sollen bis auf Widerruf auf folgendes Konto überwiesen werden.

IBAN	Name und Ort des Geldinstituts		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Nachname des Kontoinhabers, wenn er vom Antragsteller abweicht	Vorname des Kontoinhabers, wenn er vom Antragsteller abweicht	Unterschrift des Kontoinhabers, wenn er vom Antragsteller abweicht	ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (Kontoinhaber jünger 18 Jahre)

Versicherungsantrag mit Empfangsbestätigung oder Angebotsantrag

Versicherungsantrag

Ich möchte verbindlichen Versicherungsschutz beantragen.

Empfangsbestätigung:

Ich bestätige, dass ich die Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen: Tarife mit Tarifbedingungen) mit den jeweils dazugehörigen Musterbedingungen/Rahmenbedingungen (Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) sowie die weiteren Vertragsinformationen (Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag, Informationen zu Ihrer Krankenversicherung, Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Satzung Continentale Krankenversicherung a.G., Datenschutzhinweise, Dienstleister und Auftragnehmer der Continentale Krankenversicherung a.G. erhalten habe.

Unterschrift des Antragstellers

Angebotsantrag

Ich fordere ein unverbindliches Angebot des Versicherers zum möglichen Versicherungsschutz an.

Ich stelle noch keinen verbindlichen Versicherungsantrag. Vielmehr bitte ich den Versicherer, mir ein unverbindliches Angebot zum möglichen Versicherungsschutz zu machen. Dieses Angebot soll auch die Versicherungsbedingungen und die weiteren Vertragsinformationen enthalten.

Nach Erhalt des unverbindlichen Angebots kann ich meinen Angebotsantrag für rechtsverbindlich erklären. Die Angaben im Angebotsantrag müssen daher schon jetzt wahrheitsgemäß und vollständig sein. (Bitte beachten Sie die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 8 dieses Antrages.)

Der Versicherer kann bereits jetzt von meiner Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz Gebrauch machen. Von meiner Schweigepflichtenbindungserklärung kann er nur Gebrauch machen, soweit es für die Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist. Für die Beurteilung der Leistungspflicht gilt dies erst im Falle eines späteren Vertragsschlusses. Erst dann wird auch meine Erklärung zum Beitragsentzug und zur Leistungsauszahlung wirksam.

Schlussfolgerungen und Antragsunterschriften

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, überprüfen Sie bitte alle Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Bitte beachten Sie hierzu Abschnitt „A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 8.

Bitte lesen Sie auch die Einwilligungen / Erklärungen auf den letzten Seiten. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Einwilligungen / Erklärungen sowie die Informationen zum Datenschutz zum Inhalt des Antrages.

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor dem Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, frühestens jedoch zum beantragten Versicherungsbeginn und nach Ablauf von Wartezeiten.

<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Datum	Unterschrift Antragsteller	
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Datum	Unterschrift der zu versichernden Person 1 ab 16 Jahren*	ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (versicherte Person jünger 18 Jahre)
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Datum	Unterschrift der zu versichernden Person 2 ab 16 Jahren*	ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (versicherte Person jünger 18 Jahre)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
Datum	Unterschrift des Vermittlers	

* Die Unterschrift der zu versichernden Person ist nicht erforderlich, wenn diese gleichzeitig Antragsteller ist.

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 für eine zu versichernde Person jeweils bezogen auf deren Versicherungsverhältnis.

Damit wir den 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?

a) 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 Versicherungsfalles, 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 Versicherungsfalles
- 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.

b) 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, sofern es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung

im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen.

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

c) 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, steht uns das Recht zur Vertragsanpassung nicht zu. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung 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.

d) 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 drei 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.

e) Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages 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.

Kennzahlen für das gültige Beihilferecht

01 = Bundesbeihilfe (BU)	13 = Berlin (BE)	15 = Hamburg (HH)	17 = Niedersachsen (NI)	19 = Rheinland-Pfalz (RP)	34 = Sachsen-Anhalt (ST)	96 = Bundespolizei (BU)
11 = Baden-Württemberg (BW)	31 = Brandenburg (BB)	16 = Hessen (HE)	18 = Nordrhein-	20 = Saarland (SL)	21 = Schleswig-Holstein (SH)	(Heilfürsorge)
12 = Bayern (BY)	14 = Bremen (HB)	32 = Mecklenburg-	Westfalen (NW)	33 = Sachsen (SN)	35 = Thüringen (TH)	98 = Freie Heilfürsorge
		Vorpommern (MV)				des Bundes (BU)

B) Informationen zum Datenschutz

1. Datenschutzhinweise bei Abschluss des Vertrages

Sie finden die Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte in den Allgemeinen Vertragsinformationen und, wie auch weitere Informationen zum Datenschutz, unter www.continentale.de/datenschutz.

2. Datenschutzhinweise bei abweichendem Beitragszahler

Übernimmt eine andere als eine am Vertrag beteiligte Person die Beitragszahlung, erhält sie die Datenschutzhinweise mit der Vorankündigung zum SEPA-Lastschriftmandat, wenn und soweit sie nicht bereits über die Informationen verfügt.

C) Einwilligungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

1. Einwilligungserklärung zum Datenaustausch mit den Finanzbehörden

Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Krankenversicherungs- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zur Beitragsrückerstattung) von der Continentale Krankenversicherung a.G. den Finanzbehörden übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge des Versicherungsnehmers mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

2. Zusatzvereinbarung zur Tarifvariante BKK

Mir ist bekannt, dass eine Versicherung nach den beantragten Tarifen in der Tarifvariante „BKK“ eine Beitragsvergünstigung von 3 % begründet (für die Tarife CEJ, StartA, StartK, StartS und StartZ sind in der Tarifvariante „BKK“ abweichende Vergünstigungen im Beitrag enthalten). Der reduzierte Beitrag ist im Antrag und Versicherungsschein ausgewiesen. Diese Beitragsvergünstigung wurde bei der Beitragsfestsetzung bereits berücksichtigt und gilt für den Zeitraum, in dem eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bei der Betriebskrankenkasse „Continentale Betriebskrankenkasse“ besteht. Während dieser Zeit wird die Tarifbezeichnung um „BKK“ ergänzt.

Für die Dauer einer Ausbildungsverversicherung nach den Besonderen Bedingungen AZ ist eine Beitragsvergünstigung für die Tarifvariante „BKK“ nicht vorgesehen.

Endet die Mitgliedschaft oder die Familienversicherung in der Betriebskrankenkasse „Continentale Betriebskrankenkasse“, endet zum gleichen Zeitpunkt auch die Versicherung in der Tarifvariante „BKK“. Die Versicherung wird dann ohne Beitragsvergünstigung fortgesetzt. In diesem Fall kann ich die Versicherung für die Tarife StartA, StartK, StartS und StartZ innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegfall der Beitragsvergünstigung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Sollte eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nicht zustande kommen, wird die Versicherung ohne Beitragsvergünstigung geführt.

Für die korrekte Vertragsführung ist es erforderlich, dass die Continentale Krankenversicherung die Continentale BKK während der Zeit der Mitgliedschaft oder Familienversicherung bei der Continentale BKK über das Nichtzustandekommen, den Beginn, das Bestehen und die Beendigung meines/unseres Versicherungsschutzes nach den Exklusivtarifen der Continentale Krankenversicherung a.G. sowie über eine Namensänderung (z.B. nach Heirat) oder Adressänderung (z.B. nach Umzug) und über Versicherungszeiten informiert.

Weiter ist es erforderlich, dass die Continentale BKK die Continentale Krankenversicherung a.G. über das Nichtzustandekommen, den Beginn, das Bestehen und die Beendigung meiner Mitgliedschaft oder Familienversicherung sowie über eine Namens- oder Adressänderung und über Versicherungszeiten informiert.

Hierfür benötigen wir, die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale BKK jeweils Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtbindung für uns, falls in diesem Zusammenhang nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

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

Ich willige ein, dass die Continentale BKK die Continentale Krankenversicherung a.G. in den oben genannten Fällen informiert und meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die Continentale Krankenversicherung a.G. übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale BKK tätigen Personen im Hinblick auf die nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. die Continentale BKK in den oben genannten Fällen informiert und meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die Continentale BKK übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Krankenversicherung tätigen Personen im Hinblick auf die nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Diese Einwilligung endet für einen Versicherten automatisch, wenn die Mitgliedschaft oder Familienversicherung des Versicherten mit der Continentale BKK endet und die Continentale Krankenversicherung a.G. über die Beendigung informiert wurde. Gleiches gilt, wenn für den jeweils Versicherten kein Versicherungsschutz mehr nach den Exklusivtarifen der Continentale Krankenversicherung a.G. besteht und die Continentale BKK über die Beendigung informiert wurde.

Diese Einwilligung zur Übermittlung von Daten ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch Erklärung in Textform widerrufen werden. Der Widerruf gegenüber einem Unternehmen ist ausreichend. Der Widerruf – auch für einzelne Personen – kann gerichtet werden an:

Continentale Betriebskrankenkasse, Königswall 22, 44137 Dortmund
Continentale Krankenversicherung a.G., Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

Mit Zugang der Widerrufserklärung endet diese Einwilligung und die für die Vertragsführung erforderlichen Informationen sind vom Versicherten ab diesem Zeitpunkt direkt dem jeweiligen Unternehmen mitzuteilen.

D) Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

1. Grundlage des Versicherungsvertrages

Ich bin damit einverstanden, dass die Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife mit den jeweils dazugehörigen Musterbedingungen/Rahmenbedingungen Bestandteil des Versicherungsvertrages werden.

2. Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag nicht zustande kommt, bevor der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder der Versicherer schriftlich die Annahme des verbindlichen Antrags erklärt.

3. Wartezeiterlass

Soweit ich den Erlass der Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt habe, übernehme ich die Untersuchungskosten. Geht das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb von 28 Tagen nach Stellung des verbindlichen Antrags ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

4. Erklärung zur Beitragsermäßigung im Alter (BE)

Mir ist bekannt, dass die vereinbarte Beitragsermäßigung bei Änderungen der technischen Berechnungsgrundlagen gekürzt werden kann.

5. Erklärung zur Krankentagegeldversicherung

Für die Krankentagegeldversicherung bestätige ich hiermit, dass das beantragte Tagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- oder Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende, Nettoeinkommen nicht übersteigt. Ich verpflichte mich, Verminderungen des Nettoeinkommens unverzüglich in Textform mitzuteilen.

6. Erklärung zum Leistungsfreiheitsrabatt nach dem Tarif CSB1

Mir ist bekannt, dass ein Anspruch auf Leistungsfreiheitsrabatt nach dem Tarif CSB1 nicht für die Tarife EBT, EBTN und/oder EBTZP gilt.

7. Erklärung zur Anwartschaftsversicherung YG / YK bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung

Ich bestätige, dass die zu versichernden Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert bzw. bei einem pflichtversicherten Mitglied familienversichert sind. Aus einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. einer daraus resultierenden Familienversicherung kann eine Umwandlung in den vereinbarten Tarif nicht beansprucht werden.

Risikoträger

Continentale Krankenversicherung a. G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),
Dr. Marcus Kremer, Alf N. Schlegel,
Falko Struve
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer
Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271
USt-ID-Nr.: DE 124 906 368

Kennziffer für den Berufsstatus

11 = Selbstständiger	23 = Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst	40 = geringfügig Beschäftigter (pflichtversichert)	51 = Versorgungsempfänger und Pensionär	72 = Schüler	77 = Schüler 2. Bildungsweg
12 = juristische Person	27 = Heilfürsorgeempfänger	41 = geringfügig Beschäftigter (versicherungsfrei)	52 = Rentner	73 = Auszubildender und dualer Student (BA/FH)	78 = Bundesfreiwilligendienstleistender
13 = Freiberufler	30 = Arbeitnehmer (versicherungsfrei)	42 = sozialversicherungsfreier Angestellter	61 = Hausfrau/Hausmann	74 = Student	79 = Meisterschüler (Vollzeit)
21 = Beihilferechtiger (Beamter)	35 = Arzt in Facharzt Ausbildung		71 = Kind	76 = Wehrdienstleistender	80 = Arbeitsuchender
22 = Beamtenanwärter					