

Antrag auf

Krankheitskostenvoll-, Pflege- und Kranken- tagegeldversicherung

Stand: 01.01.2013

Continental Krankenversicherung a.G.
Direktion: Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
www.continentale.de

Erklärungen des Antragstellers für die zu versichernde Person

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

Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen weitere Versicherungen? Wurden welche beantragt oder beantragte Versicherungen abgelehnt?

PERSON 1:

- A. Gesetzliche Krankenversicherung? nein ja
- B. Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung? nein ja
- C. Private Krankheitskostenvollversicherung bzw. einzelne Tarife? nein ja
- D. Private Krankenhaustagegeldversicherung? nein ja
- E. Private Krankentagegeldversicherung/ Krankengeldanspruch? nein ja
- F. Pflegepflichtversicherung? nein ja
- G. Pflegezusatzversicherung? nein ja
- H. Kurkostenversicherung / Kurtagegeldversicherung? nein ja

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

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

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

nein ja

Ich beantrage den Erlass der Wartezeiten (für die Pflegepflichtversicherung gilt § 3 MB/PPV 2013) für **PERSON 1** aufgrund einer ärztlichen Untersuchung:

Ein ärztliches Zeugnis wird nachgereicht liegt bei.

wegen Übertritt aus der GKV/PKV/Heilfürsorge/truppenärztlichen Versorgung:

Ein Nachweis wird nachgereicht liegt bei.

Falls bei der Continentale/Europa krankensichert:

Stehen noch Rechnungen zur Vorlage aus oder haben Behandlungen stattgefunden, über die keine Rechnungen eingereicht wurden?

nein ja, dann bitte Gesundheitsangaben machen

Zusätzliche Erklärungen bei beantragter Krankentagegeldversicherung

Bitte beachten Sie die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht (siehe 1. der Erklärungen des Antragstellers / der zu versichernden Personen).

PERSON 1

- A. Bei Tätigkeitsstatus Selbstständige/r bzw. Freiberufler/in: Anzahl Arbeitnehmer¹ mitarbeitend tätig: 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:
- B. Höhe der durchschnittlichen monatlichen Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit (Nettoeinkommen bei Arbeitnehmern / 75 % vom Gewinn bei Selbstständigen / 75 % der Betriebseinnahmen bei Ärzten): EUR
Gehalts-/Lohnfortzahlung sowie sonstige Zahlungen des Arbeitgebers bei einer Arbeitsunfähigkeit (Dauer/Betrag/% vom Nettoeinkommen, gegebenenfalls Staffelung angeben):
- C. Krankentagegeld Bei der Ermittlung der Höhe des Krankentagegeldes ist ein Anteil für Zahlungen an die
 Rentenversicherung (weil privat krankenversichert), Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosenversicherung (weil gesetzlich krankenversichert) berücksichtigt.
- D. Fehlzeiten 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 – den aktuellen Wert bitte erfragen (2013: 385 Euro) bzw. im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 (1) 1, 8a SGB IV nicht mehr als 400 Euro (für geringfügige Beschäftigungen mit Beschäftigungsbeginn ab 01.01.2013 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 2013 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 – den aktuellen Betrag bitte erfragen (2013: 385 Euro) bzw. im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 (1) 1, 8a SGB IV nicht mehr als 400 Euro (für geringfügige Beschäftigungen mit Beschäftigungsbeginn ab 01.01.2013 450 Euro).

Angaben zum Gesundheitszustand

Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen.

Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG unter Ziffer 1. der Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen.

- | | | | | | |
|--|-----------------|----------|----|---|----|
| | Größe / Gewicht | PERSON 1 | 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? nein ja
- B. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte statt? nein ja
- C. Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angedenkt oder durchgeführt? nein 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? nein ja
- E. Besteht Hilfsmittelbedarf oder bestehen Defizite körperlicher oder geistiger Art? nein ja
- F. Bestanden oder bestehen behördlich anerkannte gesundheitliche Schäden? Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Bescheides beifügen. nein ja
- G. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)? nein ja
- H. Wird eine Brille oder werden Kontaktlinsen getragen? Wenn ja, bitte Dioptrienwerte (links/rechts) ab +/- 6 Dioptrien angeben. nein ja links rechts
- Nur beantworten, wenn die beantragte Versicherung Zahnleistungen oder eine Option auf Zahnleistung vorsieht:**
- I. Fehlen Zähne, die nicht ersetzt sind (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne)? Wenn ja, bitte Anzahl angeben. nein
- J. Ist das Gebiss mit herausnehmbarem und/oder feststehendem Zahnersatz (z. B. Brücken, Kronen, Zahnprothesen) versorgt, der älter als 10 Jahre ist? Wenn ja, bitte die Anzahl der so versorgten Zähne angeben. nein
- K. 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? nein ja

Nur beantworten, wenn die Frage H mit ja beantwortet wurde und der Tarif COMFORT-U/COMFORT/ECONOMY-U/ECONOMY beantragt wird:

- L. 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 5,- Euro (ECONOMY-U/ECONOMY) bzw. 7,50 Euro (COMFORT-U/COMFORT).
- 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).

| PERSON | Tarif | Brillen-zuschlag | LA |
|--------|-------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zu den mit ja beantworteten Fragen 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 feststehendem Zahnersatz versorgter Zähne, AU Tage, Anschriften von Ärzten, Zahnärzten, sonstigen Behandlern, Krankenhäusern, Kur-/Rehakliniken usw.).

Zu Frage

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |

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 weiteren Blatt zu vermerken; in diesem Fall bitte nebenstehendes Feld ankreuzen.

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 Ziffer 4 der Erklärungen 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 Steueridentifikationsnummer <input style="width: 150px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> nein | Person Steueridentifikationsnummer <input style="width: 150px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> nein |
|--|-------------------------------|--|-------------------------------|

VN = Versicherungsnehmer

Versicherungsantrag mit Empfangsbestätigung oder Angebotsantrag

Ich möchte verbindlichen Versicherungsschutz beantragen.

Versicherungsantrag

Empfangsbestätigung:

Ich bestätige, dass mir am 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 (Produktinformationsblatt, Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag, Informationen zu Ihrer Krankenversicherung, Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Satzung Continentale Krankenversicherung a.G., Merkblatt zur Datenverarbeitung, Dienstleisterliste, Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht) ausgehändigt worden sind.

Unterschrift des Antragstellers

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

Angebotsantrag

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 den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“.)

Der Versicherer kann bereits jetzt von meiner Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz Gebrauch machen. Von meiner Schweigepflichtentbindungserklärung 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 Vertragschlusses. Erst dann wird auch meine Erklärung zum Beitragseinzug und zur Leistungsauszahlung wirksam.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Der folgende Text wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Name des Antragstellers

Geburtsdatum des Antragstellers

Name der zu versichernden Person 1

Geburtsdatum der zu versichernden Person 1

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Continentale Krankenversicherung a.G. daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). 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 Gesundheitsdaten oder weitere 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. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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.),
- 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.

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

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.

Möglichkeit II:

PERSON 1

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 Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von 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

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).

Möglichkeit II:

PERSON 1

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.

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 Versicherungsverbundes oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.continentale.de/dienstleisterliste eingesehen oder bei Herrn Guido Wiedefeld (Datenschutzbeauftragter, Continentale Krankenversicherung a.G., Ruhrallee 92, 44139 Dortmund, 0231-919-2937, datenschutz@continentale.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

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 Versicherungsverbundes 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.

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. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2.1).

3.5. 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.

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.

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. Außerdem ist es möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.). 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.

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.

Schlusserklärungen und Unterschriften

Hinweis: Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Erklärungen auf den letzten Seiten, Sie enthalten unter anderem die Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (siehe Ziffer 2). Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Erklärungen zum Inhalt des Antrags. Bitte beachten Sie auch die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht (siehe Ziffer 1).

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 type="text"/> |
| Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller/in, wenn er nicht selbst zu versichernde Person ist |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ort, Datum | Unterschrift der zu versichernden Person 1 ab 16 Jahren ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (versicherte Person jünger 18 Jahre) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ort, Datum | Unterschrift des Vermittlers |

Dienstleisterliste zur „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“

Dienstleister, die im Auftrag der Continentale Krankenversicherung a.G. eine Datenerhebung und eine Datenverarbeitung erbringen sowie im Auftrag Funktionen übertragen bekommen haben

| Auftragnehmer, Kooperationspartner Einzelne Stellen | Übertragene Aufgaben, Funktionen | Gesundheitsdaten |
|--|---|------------------|
| Continentale Lebensversicherung AG | Interner Service (Empfang/Telefonservice; Postservice incl. Scannen und Zuordnung von Eingangspost) | Ja |
| Continentale Business Services GmbH; Österreich, 1010 Wien | Rechnungswesen in Österreich | Ja, teilweise |
| PAV Card GmbH | Erstellung von Versicherten-Karten | Nein |
| Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG | Adresserhebung und Adressabgleich | Nein |
| MD Medicus AssistanceService GmbH | Assistance-Leistungen für Versicherte im Ausland | Ja |
| MD Medicus Gesellschaft für medizinische Serviceleistungen mbH | Telefonservice im Gesundheitsservice und Demand-Management | Ja |
| ROLAND Assistance GmbH | Assistance-Leistungen zum Tarif „StartStationär“ | Ja |
| Infoscore Consumer Data GmbH | Datenerhebung zur Bonitätsprüfung | Nein |
| Creditreform Dortmund/Witten Scharf KG | Wirtschaftsauskünfte | Nein |
| Schufa OSM Hannover | Bonitätsprüfung | Nein |
| Arvato Infoscore GmbH | Bonitätsprüfung | Nein |
| Assekuranz, Service- und Sachverständigen-Gesellschaft mbH | Leistungsprüfung | Ja |
| Global Medical Management (GMMI); USA | Cost Containment Provider in den USA | Ja |
| Global Excel Management (GEM); USA | Cost Containment Provider in den USA | Ja |
| Beratungsdienst Hesse | Fachberatung für medizinische Produkte | Ja |
| Poolrevision des PKV-Verbandes | Vertrags- und Leistungsstatistik zur Pflegepflichtversicherung und zum Basistarif | Ja |

| Auftragnehmer, Kooperationspartner Kategorien | Übertragene Aufgaben, Funktionen | Gesundheitsdaten |
|---|--|------------------|
| Gutachter und Sachverständige (Ärzte, Psychologen, Psychiater) | Erstellung von Gutachten; Beratungsdienstleistungen | Ja |
| Rückversicherer | Risikoprüfung; Leistungsprüfung | Ja |
| IT-Dienstleister | Wartungs- und Servicearbeiten; Aktenentsorgung | Ja, teilweise |
| Vermittler | Postservice s.o.; Bestandsverwaltung; Leistungsbearbeitung | Ja, teilweise |
| Adressermittler | Adressprüfung | Nein |
| Sanitätshäuser | Hilfsmittelversorgung | Ja |

Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

1. Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Die nachfolgenden Erläuterungen zur gesetzlichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die mit zu versichernden Personen. Die Anzeigepflicht ist sowohl vom Antragsteller als auch von den zu versichernden Personen (jeweils bezogen auf die eigene 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 jeweils bezogen auf deren Versicherungsverhältnis.

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber dem jeweiligen Versicherer 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) Vertragsänderung – 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. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu. Erhöht sich durch die Vertragsänderung 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 Vertragsänderung 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 Vertragsänderung 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 Vertragsänderung 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 Vertragsänderung 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) Anfechtung – Wenn Sie arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten.

f) 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 Vertragsänderung 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.

2. Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes einschließlich der Europa Versicherungen meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit den Vertragsinformationen überlassen wird.

3. Bonitätsauskunft

Ich willige ferner ein, dass meine Antragsangaben Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort bei der Antragsprüfung genutzt werden, um Bonitätsprüfungen bei Auskunfteien (z. B. Creditreform, Infoscore, SCHUFA) durchzuführen. Im Rahmen dieser Prüfungen werden unter anderem so genannte Scorewerte berechnet und ermittelt. Bei diesen handelt es sich um Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren, die immer nur ein allgemeines Zahlungsausfallrisiko und nicht die Bonität einer konkreten Person beschreiben.

Darüber hinaus willige ich ein, dass die im Zuge der Bonitätsprüfungen übermittelten Ergebnisse während der Laufzeit dieses Vertrages im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen gespeichert und zur Überprüfung sowie Verbesserung der Annahmerichtlinien bzw. für andere die Versichertengemeinschaft schützende Maßnahmen erneut ausgewertet werden dürfen.

Für die Bonitätsprüfungen benötigt die Continentale Krankenversicherung a.G. die Angabe des vollständigen Namen und die Adressdaten des Hauptwohnsitzes lt. Melderegistereintrag. Bei falschen Angaben behält sich der Versicherer die Möglichkeit des Rücktritts und der Anfechtung des Vertrages vor.

4. 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.

5. Versicherungsbedingungen

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

6. 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.

7. 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.

8. Erklärung zur Beitragsermäßigung im Alter (BE)

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

9. 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 schriftlich mitzuteilen.

Continental Krankenversicherung a. G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Vorstand: Helmut Posch (Vorsitzender),
Dr. Christoph Helmich, Dr. Gerhard Schmitz,
Peter Schumacher, Falko Struve
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Horst Hoffmann
Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271
USt-ID-Nr.: DE 124 906 368

Kennziffer für den Tätigkeitsstatus

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|--|---|--|
| 11 = Selbstständige/r | 23 = Arbeitnehmer/in im öffentlichen Dienst | 40 = geringfügig Beschäftigte/r (pflichtversichert) | 51 = Versorgungsempfänger/in und Pensionär | 72 = Schüler/in | 77 = Schüler/in |
| 12 = juristische Person | 27 = Heilfürsorgeempfänger/in | 41 = geringfügig Beschäftigte/r (versicherungsfrei) | 52 = Rentner/in | 73 = Auszubildende/r und duale/r Student/in (BA/FH) | 78 = Bundesfreiwilligendienstleistende/r |
| 13 = Freiberufler/in | 30 = Arbeitnehmer/in | 42 = sozialversicherungsfreie/r Angestellte/r | 61 = Hausfrau/Hausmann | 74 = Student/in | 80 = Arbeitsuchende/r |
| 21 = Beihilfeberechtigte/r (Beamte/r) | | | 71 = Kind | 76 = Wehrdienstleistende/r | |
| 22 = Beamtenanwärter/in | | | | | |