

Antrag

auf Kranken-, Pflege- und Krankentagegeldversicherung

Stand: 01.01.2025

Continentale Krankenversicherung a.G.

Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit

Continentale-Allee 1, 44269 Dortmund

www.continentale.de

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.	

Stempel des Vermittlers



Antrag auf Krankenversicherung

☐ Neuantrag ☐ Änderungsantrag



Bitte beachten Sie den Abschnitt „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 9 dieses Antrages.

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Nachname / Firma (ggf. Titel) ¹	☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers ☐ Firma	Vorname ¹	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer ¹		Postleitzahl ¹	Wohnort ¹
Länderkennzeichen ¹		Staatsangehörigkeit ²	
☐ D (Deutschland) ☐			
Telefonnummer für Rückfragen ³		E-Mail-Adresse ³	
Beruf (zurzeit ausgeübt)		Branche	Berufsstatus ⁴
Selbstständig / Freiberufler seit dem		Gewerbeanmeldung/Zulassung ²	
Eintragung im Handelsregister ²		☐ nein ☐ ja, am	
Name der Firma bei Selbstständigen / Name Arbeitgeber bei Arbeitnehmern ²		Anschrift der Firma bei Selbstständigen / Anschrift Arbeitgeber bei Arbeitnehmern ²	

1 Vollständiger Name / Hauptwohnsitz laut Melderegister (siehe 4. Datenübermittlung an Auskunfteien innerhalb der „Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung“ auf Seite 7 dieses Antrages)
2 nur bei Krankheitskostenvollversicherungen, Optionstarifen bzw. Krankentagegeldversicherungen auszufüllen

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

Zu versichernde Person(en)

Gesamtzahl der zu versichernden Personen

PERSON 1	☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers	PERSON 2	☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers
Nachname ¹		Nachname ¹	
Vorname ¹		Vorname ¹	
Geburtsdatum ¹		Geburtsdatum ¹	
Staatsangehörigkeit ²		Staatsangehörigkeit ²	
Angehörigenstatus zum VN	☐ Ich bestätige, dass die versicherte Person eine nahe und unwiderrufliche Angehörigeneigenschaft nach § 15 AO oder § 7 Abs. 3 PflegeZG besitzt. ³ ☐ Ich bestätige, dass die versicherte Person Pflegekind nach § 15 Abs. 1 Pkt. 8 AO des Versicherungsnehmers ist (gesonderte Erklärung erforderlich).	☐ Ich bestätige, dass die versicherte Person eine nahe und unwiderrufliche Angehörigeneigenschaft nach § 15 AO oder § 7 Abs. 3 PflegeZG besitzt. ³ ☐ Ich bestätige, dass die versicherte Person Pflegekind nach § 15 Abs. 1 Pkt. 8 AO des Versicherungsnehmers ist (gesonderte Erklärung erforderlich).	
Straße, Hausnummer ¹		Straße, Hausnummer ¹	
Postleitzahl ¹		Postleitzahl ¹	
Wohnort ¹		Wohnort ¹	
Geburtsname ⁵		Geburtsname ⁵	
Geburtsort ⁵		Geburtsort ⁵	
Die versicherte Person hat Geschwister, die am gleichen Tag geboren sind (z. B. Zwillinge, Drillinge). ⁵	☐ nein ☐ ja	Die versicherte Person hat Geschwister, die am gleichen Tag geboren sind (z. B. Zwillinge, Drillinge). ⁵	☐ nein ☐ ja
Geburtsland ⁵	☐ D (Deutschland) ☐	Geburtsland ⁵	☐ D (Deutschland) ☐
Beruf (zurzeit ausgeübt)		Beruf (zurzeit ausgeübt)	
Branche		Branche	
Telefonnummer für Rückfragen ⁷		Telefonnummer für Rückfragen ⁷	
E-Mail-Adresse ⁷		E-Mail-Adresse ⁷	
Arbeitgeberbescheinigung ☐		Arbeitgeberbescheinigung ☐	
Selbstständig / Freiberufler seit dem		Selbstständig / Freiberufler seit dem	
Eintragung im Handelsregister ¹	☐ nein ☐ ja, am	Eintragung im Handelsregister ¹	☐ nein ☐ ja, am
Gewerbeanmeldung/Zulassung ²	☐ nein ☐ ja, am	Gewerbeanmeldung/Zulassung ²	☐ nein ☐ ja, am
Name Firma / Arbeitgeber ²		Name Firma / Arbeitgeber ²	
Anschrift ¹		Anschrift ¹	
Beihilfemessungssatz	ambulant % stationär % Zahn % Der Beihilfemessungssatz ist aufgrund eines gewährten bzw. zustehenden Zuschusses reduziert um: % Beihilfemessungssatz Mitglied im DBwV (Ehegatte / Kind des Mitglieds) ☐	ambulant % stationär % Zahn % Der Beihilfemessungssatz ist aufgrund eines gewährten bzw. zustehenden Zuschusses reduziert um: % Beihilfemessungssatz Mitglied im DBwV (Ehegatte / Kind des Mitglieds) ☐	
Beantragung YG / YK1 für Familienangehörige ⁸	☐ Ich bestätige, dass für Ehegatten / eingetr. Lebenspartner Versicherungspflicht in der deutschen GKV besteht und für Kinder, dass Familienversicherung in der deutschen GKV aufgrund einer Pflichtmitgliedschaft eines Familienangehörigen besteht.	☐ Ich bestätige, dass für Ehegatten / eingetr. Lebenspartner Versicherungspflicht in der deutschen GKV besteht und für Kinder, dass Familienversicherung in der deutschen GKV aufgrund einer Pflichtmitgliedschaft eines Familienangehörigen besteht.	
Name der Krankenkasse ⁹		Name der Krankenkasse ⁹	
☐ Mitglied ⁹ ☐ Familienversicherung bei Person ⁹		☐ Mitglied ⁹ ☐ Familienversicherung bei Person ⁹	

1 Vollständiger Name / Hauptwohnsitz laut Melderegister (siehe 4. Datenübermittlung an Auskunfteien innerhalb der „Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung“ auf Seite 7 dieses Antrages)

2 nur bei Krankheitskostenvollversicherungen, Optionstarifen bzw. Krankentagegeldversicherungen auszufüllen

3 Als nahe Angehörige nach § 7 Abs. 3 PflegeZG oder § 15 AO gelten: Ehegatten/Ehegatten; Lebenspartnerin/Lebenspartner nach LPaG; Mutter/Vater; Schwiegermutter/Schwiegervater; Großmutter/Großvater; Kind; Adoptivkind; Enkelkind; Schwester/Bruder; Tante/Onkel; Schwägerin/Schwager; Nichte/Neffe; Schwiegertochter/Schwiegersohn

Bitte beachten Sie die Informationen „Definition des Angehörigenstatus nach § 7 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) oder § 15 Abgabenordnung (AO)“ auf Seite 10 innerhalb dieses Antrags.

4 falls abweichend vom Antragsteller

5 nur bei Krankheitskostenvoll- und Beihilferestkostenversicherungen zur Nutzung der Telematikinfrastruktur (zur Beschaffung der Renten- und Krankenversicherungsnummer)

6 Kennziffern siehe Seite 9

7 freiwillige Angaben zum Zwecke der vertraglichen Kommunikation

8 siehe „Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“ Nr. 7 Erklärung zur Anwartschaftsversicherung YG / YK1 bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Seite 10 dieses Antrages

9 nur bei den Tarifen StartA, StartK, StartS und StartZ auszufüllen



Ich beantrage für die zu versichernden Personen eine

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

PERSON 1

Tarif	Beitragsentlastung in EUR	Beitragsanteil für Beitragsentlastung in EUR	Beitrag in EUR ^{1,2}

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.

Erklärung zur Beitragsermäßigung im Alter

Mir ist bekannt, dass eine Änderung der Rechnungsgrundlagen des jeweils vereinbarten Tarifs zu einer Veränderung der vereinbarten Ermäßigung der Beiträge im Alter (Beitragsentlastung) – auch nach Wirksamwerden der Ermäßigung – führen kann.

PERSON 1

Sonderzahlung
Besondere
Bedingungen BB

☐ Ich beantrage die Verwendung meiner Beitragsrückerstattung (BR) bzw. Pauschalleistung (PL) als Sonderzahlung nach den Besonderen Bedingungen BB für den Tarif, aus dem die BR bzw. PL gezahlt wird.

Bei anteiliger Verwendung bitte den entsprechenden Prozentsatz eintragen: %

☐ Ich beantrage eine Sonderzahlung für die Besonderen Bedingungen BB.

Der Antrag ☐ wird nachgereicht ☐ liegt bei.

Weiterer Zeitpunkt
OPTION-P

für den Optionstarif zum

PERSON 2

☐ Ich beantrage die Verwendung meiner Beitragsrückerstattung (BR) bzw. Pauschalleistung (PL) als Sonderzahlung nach den Besonderen Bedingungen BB für den Tarif, aus dem die BR bzw. PL gezahlt wird.

Bei anteiliger Verwendung bitte den entsprechenden Prozentsatz eintragen: %

☐ Ich beantrage eine Sonderzahlung für die Besonderen Bedingungen BB.

Der Antrag ☐ wird nachgereicht ☐ liegt bei.

für den Optionstarif zum

Besondere
Vereinbarungen

¹ in dem Beitrag ist der unten aufgeführte Risikozuschlag (aufgrund Risikovorabfrage) und - sofern beantragt - der Beitrag für die Beitragsentlastung im Alter bereits enthalten

² in den Tarifen BUSINESS/PREMIUM/PREMIUM-MED/COMFORT-U/COMFORT-MED/COMFORT/COMFORT-B/EB/ECONOMY-U/ECONOMY/CEK-PLUS-U/CEK-PLUS/Easy Ambulant/CEB-PLUS-U/CEB-PLUS: ggf. einschließlich 2,56 Euro (CEB-PLUS-U/CEB-PLUS), 3,00 Euro (Easy Ambulant), 5,00 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/PREMIUM/PREMIUM-MED) monatlich Risikozuschlag für Sehhilfen (z. B. Brillen und Kontaktlinsen); für die Tarife COMFORT-B und EB ist der Risikozuschlag für Sehhilfen jeweils in Höhe des vereinbarten Prozentsatzes zu zahlen (Bsp.: für COMFORT-B/30 beträgt der Zuschlag 2,22 Euro). Bitte beachten: Für die Tarife BUSINESS/PREMIUM/PREMIUM-MED/COMFORT-U/COMFORT-MED/COMFORT-B/EB und ECONOMY-U ist eine gesonderte Erklärung notwendig.

Erklärungen des Antragstellers für die zu versichernden Personen zum Risikozuschlag (aufgrund Risikovorabfrage)¹

Ich bin für die versicherten Personen mit folgendem Risikozuschlag (RZ) einverstanden.

Person	Zuschlag in EUR	Erkrankung (gemäß Rückmeldung Risikovorabfrage) ²	Tarife

¹ gilt nicht für Optionstarife

² bitte geben Sie den konkreten Wortlaut aus der Rückmeldung der Risikovorabfrage an

Datenaustausch mit den Finanzbehörden

Die Continentale Krankenversicherung a.G. ist aufgrund § 10 Abs. 2b Einkommenssteuergesetz (EStG) zum Datenaustausch mit den Finanzbehörden – bzgl. Krankheitskostenvollversicherungen, Beihilfeversicherungen, Pflegepflichtversicherungen, Anwartschaftsversicherungen auf Krankheitskostenvollversicherungen und Auslandskrankenversicherungen, welche nicht kurzfristigen Auslandsaufenthalten dienen – berechtigt und verpflichtet. Sollte ich meine Steueridentifikationsnummer nicht zur Hand haben, wird die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Steueridentifikationsnummer beim Bundeszentralamt für Steuern erheben.

Person Steueridentifikationsnummer

VN

1

2

VN = Versicherungsnehmer



Erklärungen des Antragstellers für die zu versichernden Personen zur Vorversicherung

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

Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen weitere Versicherungen bzw. wurden weitere Versicherungen beantragt oder wurden beantragte Versicherungen abgelehnt?

Bitte die Fragen entsprechend beantworten.

	PERSON 1		PERSON 2			PERSON 1		PERSON 2	
	nein	ja	nein	ja		nein	ja	nein	ja
A. Deutsche Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)?	☐	☐	☐	☐	E. Private Krankentagegeldversicherung?	☐	☐	☐	☐
B. Krankengeldabsicherung in der GKV?	☐	☐	☐	☐	F. Private Krankenhaustagegeldversicherung?	☐	☐	☐	☐
C. Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung (inkl. betrieblicher Krankenversicherung)?	☐	☐	☐	☐	G. Pflegepflichtversicherung?	☐	☐	☐	☐
D. Private Krankheitskostenvollversicherung bzw. einzelne Tarife?	☐	☐	☐	☐	H. Pflegezusatzversicherung?	☐	☐	☐	☐
					I. Kurkostenversicherung / Kurtagegeldversicherung?	☐	☐	☐	☐

Per- son	Frage	Versicherer	Zeitraum		Wurde die Ver- sicherung beendet?		Weitere Angaben zu bestehenden Versicherungen oder Versicherungen, die bestanden haben ¹
			von / abgelehnt am (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)	nein	wenn ja, von wem?	
☐					☐	☐ VN ☐ VR	
☐					☐	☐ VN ☐ VR	
☐					☐	☐ VN ☐ VR	
☐					☐	☐ VN ☐ VR	
☐					☐	☐ VN ☐ VR	
☐					☐	☐ VN ☐ VR	

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

Hinweis: Die Continentale Krankenversicherung a.G. hält hinsichtlich der von den zu versichernden Personen gemachten Angaben ggf. Nachfrage bei den angegebenen Krankenversicherern (siehe hierzu auch Ziffer 2 der Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung auf Seite 6).

¹ Bsp. Art der Versicherung (amb./stat./zahn); Erstattungsprozentsatz für Zahnersatz; Höhe des Krankenhaustagegeldes in Euro; Höhe des Krankentagegeldes in Euro inkl. Karenzzeit; Höhe des Pflegetagegeldes in Euro; Höhe des Netto-Krankengeldes in Euro

Erklärungen des Antragstellers für die zu versichernden Personen

	PERSON 1	PERSON 2
Wartezeiten:	☐ Ich beantrage den Erlass der Wartezeiten ¹	☐ Ich beantrage den Erlass der Wartezeiten ¹
aufgrund einer ärztlichen Untersuchung:	Ein ärztliches Zeugnis ☐ wird nachgereicht ☐ liegt bei.	Ein ärztliches Zeugnis ☐ wird nachgereicht ☐ liegt bei.
wegen Übertritt aus der GKV/PKV/ Heilfürsorge/truppenärztlichen Versorgung:	Ein Nachweis ☐ wird nachgereicht ☐ liegt bei.	Ein Nachweis ☐ wird nachgereicht ☐ liegt bei.
Falls bei der Continentale/Europa krankenversichert: Stehen noch Rechnungen zur Vorlage aus oder haben Behandlungen stattgefunden, über die keine Rechnungen eingereicht wurden?	☐ nein ☐ ja, dann bitte Gesundheitsangaben machen	☐ nein ☐ ja, dann bitte Gesundheitsangaben machen
Besondere Bedingungen „AZ/BA/BO“:	☐ AZ/BA/BO-Anspruch besteht als eigener Anspruch ☐ AZ/BA/BO-Anspruch besteht über den Ehegatten	☐ AZ/BA/BO-Anspruch besteht als eigener Anspruch ☐ AZ/BA/BO-Anspruch besteht über den Ehegatten
Voraussichtliches Ende der Ausbildung		
Art der Ausbildung (z. B. Student im 3. Fachsemester/ Meisterschüler in Vollzeit)		
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 beihilferechtigt bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige.		
Eine Immatrikulationsbescheinigung / ein Nachweis zur Meisterausbildung	☐ wird nachgereicht ☐ liegt bei.	☐ wird nachgereicht ☐ liegt bei.

¹ für CEJ, StartA, StartK und StartZ nicht möglich / für die Pflegepflichtversicherung gilt § 3 MB/PPV 2024

Angaben für Bundeswehrangehörige

Die Gesundheitsbestätigung kann für folgende Tarife und Personenkreise (bis max. Eintrittsalter 35) abgegeben werden, anstatt die Angaben zum Gesundheitszustand (siehe Seite 5) zu machen:

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

SaZ/BS (Mitglied im DBwV) für die Tarife: YK1, YG, PVB1, Y-U1, YV2, YO11, (YG) KHT/151, V43-U (zulagenberechtigte Tätigkeit)¹, PG-K-plus¹, PG-K1, PG-E1, PG-C1, PZ-U1, KS-U1, YG KS-U1, KS1-U1 und YG KS1-U1²

Bitte beachten Sie den Abschnitt „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 9 dieses Antrages.

PERSON 1	PERSON 2
☐ BS ☐ FWDL ☐ SaZ SaZ, FWDL, BS seit dem	☐ BS ☐ FWDL ☐ SaZ SaZ, FWDL, BS seit dem
Voraussichtliches Dienstzeitende	Voraussichtliches Dienstzeitende

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 unerfüllter 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-/Plattfuß, akute Muskelverspannungen, Muskelriss, Muskelzerrung, Hautabszess.³

☐ PERSON 1 ☐ PERSON 2

¹ Bei gleichzeitigem Abschluss zur Anwartschaftsversicherung YK1 oder YG

² Bei gleichzeitigem Abschluss zur großen Anwartschaftsversicherung YG

³ Kann die Gesundheitsbestätigung nicht abgegeben werden, bitte Angaben zum Gesundheitszustand machen.

FWDL = Freiwillig Wehrdienstleistender; SaZ = Soldat auf Zeit; BS = Berufssoldat



Zusätzliche Erklärungen bei beantragter Krankentagegeldversicherung

Bitte beachten Sie den Abschnitt „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 9 dieses Antrages.

PERSON 1		PERSON 2	
A. Tätigkeitsstatus	Anzahl Arbeitnehmer ¹ mitarbeitend tätig: ☐ nein ☐ ja	A. Tätigkeitsstatus	Anzahl Arbeitnehmer ¹ mitarbeitend tätig: ☐ nein ☐ ja
Selbstständig	nur aufsichts-	Selbstständig	nur aufsichts-
bzw. Freiberufler	führend tätig: ☐ nein ☐ ja	bzw. Freiberufler	führend tätig: ☐ nein ☐ ja
	Gesellschafter einer GmbH ☐ nein ☐ ja		Gesellschafter einer GmbH ☐ nein ☐ ja
	wenn ja, besteht Sozialversicherungspflicht ☐ nein ☐ ja		wenn ja, besteht Sozialversicherungspflicht ☐ nein ☐ ja
	ist als niedergelassener Arzt, Zahnarzt, Tierarzt in eigener Praxis tätig:		ist als niedergelassener Arzt, Zahnarzt, Tierarzt in eigener Praxis tätig:
	☐ nein ☐ ja, seit dem:		☐ nein ☐ ja, seit dem:
B. Einkünfte & Lohnfortzahlung	Höhe der durchschnittlichen monatlichen Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit (Nettoeinkommen bei Arbeitnehmern / 75 % vom Gewinn bei Selbstständigen / 75 % der Betriebseinnahmen bei Ärzten): EUR	B. Einkünfte & Lohnfortzahlung	Höhe der durchschnittlichen monatlichen Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit (Nettoeinkommen bei Arbeitnehmern / 75 % vom Gewinn bei Selbstständigen / 75 % der Betriebseinnahmen bei Ärzten): EUR
	☐ Ich bin Existenzgründer (max. 18 Monate ab Existenzgründung) und kann keine Angaben zu den durchschnittlichen monatlichen Einkünften machen. Die Erklärung zur Regelung für Existenzgründer ☐ wird nachgereicht. ☐ ist beigefügt.		☐ Ich bin Existenzgründer (max. 18 Monate ab Existenzgründung) und kann keine Angaben zu den durchschnittlichen monatlichen Einkünften machen. Die Erklärung zur Regelung für Existenzgründer ☐ wird nachgereicht. ☐ ist beigefügt.
	Gehalts- / Lohnfortzahlung sowie sonstige Zahlungen des Arbeitgebers bei Arbeitsunfähigkeit (Dauer / Betrag / % vom Nettoeinkommen, gegebenenfalls Staffelung angeben): ☐ 6 Wochen (gesetzliche Regelung)		Gehalts- / Lohnfortzahlung sowie sonstige Zahlungen des Arbeitgebers bei Arbeitsunfähigkeit (Dauer / Betrag / % vom Nettoeinkommen, gegebenenfalls Staffelung angeben): ☐ 6 Wochen (gesetzliche Regelung)
C. Krankentagegeld	Bei der Ermittlung der Höhe des Krankentagegeldes ist ☐ kein Anteil für Zahlungen an die Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosenversicherung 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 Arbeitslosenversicherung (weil gesetzlich krankenversichert) berücksichtigt.	C. Krankentagegeld	Bei der Ermittlung der Höhe des Krankentagegeldes ist ☐ kein Anteil für Zahlungen an die Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosenversicherung 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 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 Wegen folgender Erkrankungen/Unfallfolgen:	D. Fehlzeiten	Zeiten von Arbeitsunfähigkeit in den letzten 3 Jahren: ☐ nein ☐ ja, wenn ja bitte nähere Angaben machen 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 – 2024: 505 Euro / 2025: 535 Euro bzw. im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 (1) Nr. 1, 8a SGB IV nicht mehr als 2024: 538 Euro / 2025: 556 Euro

Angaben zur Pflegepflichtversicherung (PPV)

PERSON 1	PERSON 2
Soll eine bereits bei einem anderen Unternehmen bestehende PPV weitergeführt werden? ☐ nein ☐ ja	Soll eine bereits bei einem anderen Unternehmen bestehende PPV weitergeführt werden? ☐ nein ☐ ja
Bitte beachten Sie: Falls keine private Pflegepflichtversicherung zur substitutiven Krankenversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. besteht oder beantragt wird, ist ein entsprechender Nachweis notwendig.	
Ein Nachweis über eine anderweitige PPV ☐ wird nachgereicht ¹ . ☐ ist beigefügt.	Ein Nachweis über eine anderweitige PPV ☐ wird nachgereicht ¹ . ☐ ist beigefügt.
☐ Ich beantrage die Beitragsbegrenzung des Ehepaar-Gesamtbeitrages auf 150 % des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung ² : Name, Vorname (Ehegatte) ³ Bei abweichender Versicherungsgesellschaft: Pflegepflichtversicherungsvertrag besteht bei (der dortige Vertrag besteht nicht als Anwartschaft) Für mich oder meinen Ehegatten ³ liegen Altbestandskonditionen ⁴ nach § 110 (1) u. (2) SGB XI vor. Ein Nachweis über Altbestandskonditionen ☐ wird nachgereicht. ☐ ist beigefügt. ☐ Ich bestätige, dass mein bzw. das Einkommen ⁵ meines Ehegatten ³ monatlich nicht über der Grenze für die Familienversicherung ⁶ liegt.	☐ Ich beantrage die Beitragsbegrenzung des Ehepaar-Gesamtbeitrages auf 150 % des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung ² : Name, Vorname (Ehegatte) ³ Bei abweichender Versicherungsgesellschaft: Pflegepflichtversicherungsvertrag besteht bei (der dortige Vertrag besteht nicht als Anwartschaft) Für mich oder meinen Ehegatten ³ liegen Altbestandskonditionen ⁴ nach § 110 (1) u. (2) SGB XI vor. Ein Nachweis über Altbestandskonditionen ☐ wird nachgereicht. ☐ ist beigefügt. ☐ Ich bestätige, dass mein bzw. das Einkommen ⁵ meines Ehegatten ³ monatlich nicht über der Grenze für die Familienversicherung ⁶ 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 2024 ⁷ erfüllt sind. ☐ Der Versicherungsnehmer ist Elternteil und bei der Continentale Krankenversicherung a.G. pflegepflichtversichert. ☐ Für den nachgenannten Elternteil besteht bei der Continentale Krankenversicherung a.G. eine Pflegepflichtversicherung. Name, Vorname ☐ Für den nachgenannten Elternteil besteht eine Pflegepflichtversicherung bei einer anderen Gesellschaft. Name, Vorname bei seit Der Nachweis der Pflegepflichtversicherung des Elternteils ☐ wird nachgereicht. ☐ ist beigefügt.	☐ 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 2024 ⁷ erfüllt sind. ☐ Der Versicherungsnehmer ist Elternteil und bei der Continentale Krankenversicherung a.G. pflegepflichtversichert. ☐ Für den nachgenannten Elternteil besteht bei der Continentale Krankenversicherung a.G. eine Pflegepflichtversicherung. Name, Vorname ☐ Für den nachgenannten Elternteil besteht eine Pflegepflichtversicherung bei einer anderen Gesellschaft. Name, Vorname bei seit Der Nachweis der Pflegepflichtversicherung des Elternteils ☐ wird nachgereicht. ☐ ist beigefügt.

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 – 2024: 505 Euro / 2025: 535 Euro bzw. im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 (1) Nr. 1, 8a SGB IV nicht mehr als 2024: 538 Euro / 2025: 556 Euro
⁷ Nähere Informationen entnehmen Sie bitte der Nr. 2 innerhalb der Informationen für den Antragsteller und die zu versichernden Personen auf Seite 10 dieses Antrages.



Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung berechtigen.

Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Bitte beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 9 dieses Antrages.

	Größe / Gewicht	PERSON 1 cm / kg	PERSON 2 cm / kg
A. Fanden in den letzten 3 Jahren Untersuchungen, Behandlungen oder Verordnungen von Medikamenten statt? Wenn ja, welche, wann, wegen welcher Beschwerden, was wurde festgestellt (auch Pflegebedürftigkeit und Schwangerschaft), wer kann Auskunft geben?		☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
B. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte statt?		☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
C. Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?		☐ nein ☐ ja	☐ 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 angeraten?		☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
E. Besteht Hilfsmittelbedarf oder bestehen Defizite körperlicher oder geistiger Art?		☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
F. Bestanden oder bestehen behördlich anerkannte gesundheitliche Schäden? Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Bescheides beifügen.		☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
G. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?		☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
H. Wird eine Sehhilfe (z. B. Brille, Kontaktlinsen) getragen bzw. ist eine solche angeraten? Wenn ja, bitte die Dioptrienwerte (links/rechts) ab +/- 6 Dioptrien angeben (Angabe der Dioptrienwerte bei Easy Ambulant nicht notwendig).		☐ nein ☐ ja li. re.	☐ nein ☐ ja li. re.

Nur beantworten, wenn die beantragte Versicherung Zahnleistungen oder eine Option auf Zahnleistung vorsieht bzw. die kleine Anwartschaft YK1 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.	☐ nein ☐ ja Anzahl	☐ nein ☐ ja 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 (bei Brücken auch die Anzahl der überkronen Nachbarzähne) angeben.	☐ nein ☐ ja Anzahl	☐ nein ☐ ja Anzahl
L. Sind zahnärztliche/kieferorthopädische Behandlungen (z. B. Inlays, Parodontosebehandlung, Zahnersatz oder Implantate) notwendig, angeraten oder wurden solche begonnen bzw. fanden in den letzten 12 Monaten Parodontosebehandlungen/ Behandlungen wegen Zahnfleischerkrankungen statt? Wenn ja, welche Behandlungen, wer kann Auskunft geben?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

Nur zu beantworten für Personen (Eintrittsalter größer 18 Jahre), die den Tarif CEZE/CEZP-U/CEZP/CEZK-U/CEZK, den Optionstarif YO1 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.	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
N. Ist eine kieferorthopädische Behandlung beabsichtigt, angeraten oder wurde eine solche begonnen?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

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

O. Fanden in den letzten 3 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen – mit einem krankhaften Befund – statt, wurden in diesem Zeitraum Medikamente verordnet, besteht Pflegebedürftigkeit oder wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (zum Beispiel durch einen AIDS-Test)?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
---	---	---

Nur zu beantworten für Personen (Eintrittsalter größer 18 Jahre), wenn die Tarife OPTION-P, OPTION-G, PG-K-plus, PG-K, PG-E, PG-C, PZ-U, PZ, PTE bzw. PTK beantragt werden. Wird gleichzeitig erstmals eine Versicherung beantragt, welche die Pflicht zur Versicherung nach § 193 VVG erfüllt, so ist die Frage nicht zu beantworten.

P. Sind Sie werdendes Elternteil oder haben Sie sich bei einer Adoptionsvermittlungsstelle um eine Adoption beworben bzw. soll eine Auslandsadoption in Deutschland anerkannt werden? Wenn ja, bitte den Geburtstermin laut Mutterpass oder den beabsichtigten Adoptionstermin angeben.	☐ nein ☐ ja Termin	☐ nein ☐ ja Termin
--	---	---

Wenn nur der Tarif Easy Ambulant beantragt wird, so müssen lediglich die Fragen C., H., Q. und R. beantwortet werden:

Q. Fanden in den letzten 3 Jahren Untersuchungen bzw. Behandlungen mit einem krankhaften Befund statt? Dabei sind folgende Erkrankungen nicht zu berücksichtigen: Erkältungskrankheiten/Grippaler Infekt oder sonstige Virusinfektionen der Atemwege einschließlich Corona, Akuter Magendarminfekt, Akute Muskelverspannungen, Muskelriss, Muskelzerrung, Bänderriß, Bänderdehnung, Blinddarmentzündung, Schilddrüsenunterfunktion, Kopfschmerzen außer Migräne, Oberflächliche Verletzungen ohne Folgen (Prellungen, Schürfwunden), Spreiz-/Senk-/Spitz-/Knick- oder Plattfuß, Akne, Hautabzess, Gutartige Neubildungen der Haut, Oberflächliche Pilzkrankungen der Haut oder Nägel und Viruswarzen	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
R. Sind Maßnahmen zu Krankheiten oder Beschwerden vorgesehen oder ärztlich angeraten bzw. bestanden oder bestehen behördlich anerkannte gesundheitliche Schäden?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

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

Tarif BUSINESS, PREMIUM, PREMIUM-MED, COMFORT-U, COMFORT-MED, COMFORT-B, EB, ECONOMY-U:

Besteht eine Sehschwäche, die mit einer Sehhilfe (z. B. Brillen und Kontaktlinsen) korrigiert wird oder deren Korrektur angeraten ist, so wird nachfolgend die Wahl zwischen einem Leistungsausschluss (LA) oder einer gesonderten Erklärung (GE) für einen Risikozuschlag für Sehhilfen (z. B. Brillen und Kontaktlinsen) und eine Leistungsstaffel für augenchirurgische Maßnahmen (refraktive Chirurgie) nötig.

PERSON	Tarif	LA	GE	PERSON	Tarif	LA	GE
1		☐	☐	2		☐	☐
1		☐	☐	2		☐	☐

Die gesonderte Erklärung ☐ wird nachgereicht. ☐ ist beigefügt.

Leistungsausschluss (LA): Ich erkläre mich damit einverstanden, dass kein Versicherungsschutz für Sehhilfen (z. B. Brillen und Kontaktlinsen) und augenchirurgische Maßnahmen mit dem Ziel der Korrektur von Fehlsichtigkeit (refraktive Chirurgie) besteht.

gesonderte Erklärung (GE): Ich wünsche Versicherungsschutz für Sehhilfen (z. B. Brillen und Kontaktlinsen) und augenchirurgische Maßnahmen und bin mit einem Risikozuschlag für Sehhilfen und einer individuellen Leistungsstaffel für augenchirurgische Maßnahmen einverstanden.

Tarif CEK-PLUS-U, Easy Ambulant und CEB-PLUS-U:

PERSON	Tarif	LA	RIZ	PERSON	Tarif	LA	RIZ
1		☐	☐	2		☐	☐

Leistungsausschluss (LA): Ich erkläre mich damit einverstanden, dass kein Versicherungsschutz für Sehhilfen (z. B. Brillen und Kontaktlinsen) - aus den Tarifen Easy Ambulant, CEK-PLUS-U, CEB-PLUS-U und augenchirurgische Maßnahmen (refraktive Chirurgie) - aus dem Tarif Easy Ambulant besteht.

Risikozuschlag (RIZ): Ich erkläre mich damit einverstanden, einen Risikozuschlag für Sehhilfen (z. B. Brillen und Kontaktlinsen) - für die Tarife Easy Ambulant, CEK-PLUS-U, CEB-PLUS-U und augenchirurgische Maßnahmen (refraktive Chirurgie) - für den Tarif Easy Ambulant zu zahlen. Die Höhe entnehmen Sie bitte Ihrem Beitrag.



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 festsitzendem Zahnersatz versorgter Zähne, AU-Tage, Anschriften von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Kur/Rehakliniken, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, usw.).

Zu Person Zu Frage

☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	
☐	☐	

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 Datenverarbeitung 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

Zur Bearbeitung Ihres Antrages und zur Durchführung des Versicherungsvertrages müssen wir, die Continentale Krankenversicherung a.G., auch Gesundheitsdaten oder andere besonders schutzwürdige Daten verarbeiten. In den nachfolgend genannten Fällen benötigen wir dazu Ihre Einwilligung.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Informationen, die der Schweigepflicht unterliegen, bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben oder an einbezogene Dritte, z. B. Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen. Der Schweigepflicht unterliegen insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, aber auch andere Informationen, z. B. dass ein Vertrag mit Ihnen besteht.

1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch die Continentale Krankenversicherung a.G.

Zum Abschluss und zur Durchführung des Versicherungsvertrages müssen wir Gesundheitsdaten verarbeiten. Bei der Verarbeitung von Gesundheitsdaten können auch vollautomatisierte Entscheidungen erfolgen. In diesem Fall wird die Risiko- oder Leistungsprüfung durch Datenverarbeitungssysteme vorgenommen, die die Bewertung eingereicherter Angaben übernehmen. Eine Beschreibung der vollautomatisierten Entscheidungen finden Sie bei der Darstellung der jeweiligen Datenverarbeitung.

a) Datenverarbeitung zur Risikoprüfung

Zur Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten bei der Risikobeurteilung im Antragsfall (Risikoprüfung) benötigen wir Ihre Einwilligungserklärung. Ohne diese Verarbeitung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

In der Risikoprüfung treffen wir auch vollautomatisierte Entscheidungen zur Einschätzung individueller Risiken. Dadurch kann zügig und kostengünstig entschieden werden, ob und zu welchen Bedingungen Versicherungsschutz geboten werden kann. Sofern Sie auf die Anwendung automatisierter Entscheidungen verzichten möchten, kann es zu Verzögerungen in der Bearbeitung kommen/können wir eine Versicherung nicht in dem gewählten Tarif / nur zu einem höheren Beitrag anbieten. Bestehen Ihrerseits Zweifel an der automatisierten Entscheidung, haben Sie nachträglich die Möglichkeit, diese durch einen Sachbearbeiter überprüfen zu lassen.

b) Datenverarbeitung in der Leistungsprüfung

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht (Leistungsprüfung) prüfen wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen oder Mitteilungen, z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs, ergeben. Hierfür bitten wir Sie um Ihre Einwilligungserklärung. Ohne diese Verarbeitung wird es uns nicht möglich sein, im Versicherungsfall eine Prüfung unserer Leistungspflicht durchzuführen.

Auch in der Leistungsprüfung können bei der Verarbeitung von Gesundheitsdaten vollautomatisierte Entscheidungen erfolgen. Wir entscheiden dabei maschinell, ob und in welchem Umfang Sie eine Leistung beanspruchen können. Dabei können insbesondere Unterlagen wie Rechnungen und Verordnungen dahingehend automatisiert geprüft werden, ob die beantragte Leistung von dem vereinbarten Versicherungsschutz umfasst ist. Berechtigte Ansprüche können so schneller erfüllt und unberechtigte abgelehnt werden. Hierzu benötigen wir Ihre Einwilligung. Ohne die Erteilung dieser Einwilligung kann es zu Verzögerungen in der Bearbeitung kommen/können wir eine Versicherung nicht in dem gewählten Tarif/nur zu einem höheren Beitrag anbieten. Bestehen Ihrerseits Zweifel an der automatisierten Entscheidung, haben Sie nachträglich die Möglichkeit, diese durch einen Sachbearbeiter überprüfen zu lassen.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine in diesem Antrag, in einem früheren Antrag oder Vertragsverhältnis und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Risikoprüfung sowie zum Abschluss dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Weiter willige ich ein, dass meine Gesundheitsdaten in der Risiko- und/oder Leistungsprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden.

Ich bin auch damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten bei der Leistungsprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten und anderen der Schweigepflicht unterliegenden Informationen bei Dritten (Risiko- und Leistungsprüfung)

Für die Risikoprüfung kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Solche Stellen können z. B. Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime, Pflegepersonen, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Personenversicherer und Behörden sein. Außerdem kann es zur Leistungsprüfung erforderlich sein, dass wir durch Anfragen bei diesen Stellen die Angaben über Ihre Gesundheit prüfen, die Sie machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Gutachten oder Mitteilungen eines Arztes) ergeben. Dazu muss der Versicherer zunächst diesen Stellen die für die Anfrage notwendigen Informationen mitteilen, z. B. dass ein Versicherungsvertrag mit Ihnen besteht und dass der Versicherer eine Auskunft zu einer Erkrankung benötigt.

Diese Anfrage und die Überprüfungen erfolgen 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 der Schweigepflicht unterliegende Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bei Nichtabgabe der Erklärung kann die Risiko- und Leistungsprüfung nur erfolgen, wenn Sie die erforderlichen Unterlagen selbst vorlegen. **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 Risikoprüfung oder für die Leistungsprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen, sonstigen Angehörigen eines Heilberufs sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt.

Ich befreie die genannten Stellen und die für sie tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten und andere der Schweigepflichtentbindung unterliegende Informationen 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.

Soweit es für die Abfrage erforderlich ist, bin ich auch damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang meine Gesundheitsdaten und andere der Schweigepflicht unterliegende Informationen durch die Continentale Krankenversicherung a.G. an diese Stellen weitergegeben werden. Insoweit befreie ich 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. Dann werde ich auch darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst vorlegen 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

- der Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Continentale Krankenversicherung a.G. zustimme, die genannten Stellen und die für sie tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Continentale Krankenversicherung a.G. einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst vorlege.



Mir ist bekannt, dass dies zu einer verzögerten Bearbeitung meines Anliegens führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Die Erklärungen gelten auch für die Bearbeitung aller Versicherungsfälle, die vor Ablauf der genannten Frist eingetreten sind. Für die Prüfung, ob 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.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und anderer der Schweigepflicht unterliegenden Informationen an Stellen außerhalb der Continentale Krankenversicherung a.G.

Für die Risiko- und Leistungsprüfung kann es notwendig sein, Ihre Daten an Stellen außerhalb der Continentale Krankenversicherung a.G. weiterzugeben. Dies geschieht regelmäßig auf gesetzlicher Grundlage, z. B. an medizinische Gutachter und Auftragsverarbeiter. In den nachfolgenden Fällen ist eine Einwilligung bzw. eine Schweigepflichtentbindung zur Bearbeitung Ihrer Anliegen zwingend erforderlich.

3.1. Übertragung von Aufgaben auf Dienstleister

Wir übertragen bestimmte Aufgaben im Bereich der Risikoprüfung, Vertragsverwaltung oder der Leistungsprüfung auf andere Gesellschaften des Continentale Versicherungsverbundes oder einen anderen Dienstleister. Alle Dienstleister sind zur Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit sowie zur Geheimhaltung verpflichtet.

Für die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch einige Dienstleister benötigen wir Ihre Einwilligung. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über diese Dienstleister und Kategorien von Dienstleistern, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste finden Sie in den Datenschutzhinweisen in Ihrer Vertragsinformation. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.continentale.de/datenschutz eingesehen werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und die Verwendung durch die in der Liste genannten Dienstleister bitten wir Sie um Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an die in der oben erwähnten Liste genannten Dienstleister übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die Continentale Krankenversicherung a.G. dies tun dürfte.

3.2. Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag dem Rückversicherer 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 der Rückversicherer uns aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherer 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 Rückversicherer 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 Rückversicherer weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z. B. Statistik, wissenschaftliche Forschung) verarbeitet. Ohne die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden Sie von uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherer 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 der Schweigepflicht unterliegenden Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer

Wenn Sie als versicherte Person nicht selbst Antragsteller bzw. Vertragspartei sind (z. B. Ehepartner), kann es erforderlich sein, dass wir dem Versicherungsnehmer Daten mitteilen, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen. Das gilt insbesondere für die Ergebnisse der Risikoprüfung wie die Versicherbarkeit einschließlich der Feststellung etwaiger Ausschlüsse vom Versicherungsschutz wegen bestimmter Erkrankungen. Auch zur Durchführung des Versicherungsvertrages kann es erforderlich sein, dem Versicherungsnehmer Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit geben, zur Kenntnis zu geben. Das gilt insbesondere, wenn an den Versicherungsnehmer Hinweise auf zu erfüllende vertragliche Anzeige- und Auskunftspflichten oder zur Einhaltung von Fristen gegeben werden müssen, sowie für die Mitteilung der Ergebnisse der Leistungsprüfung. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, für diesen Fall einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten - soweit dies für die oben genannten Zwecke erforderlich ist - dem Versicherungsnehmer gegenüber offenlegt. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Wir geben in der Regel keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvermittler (Versicherungsvertreter oder Versicherungsmakler) weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

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

Der Versicherungsvermittler, 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 Versicherungsvertreters kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Versicherungsvertreter kommen. Sie werden in diesem Fall vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten an den neuen Versicherungsvertreter informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen. Dies gilt auch für eine Übertragung von einem Versicherungsmakler auf einen Versicherungsvertreter. Für die Übertragung von Vertragsdaten von einem Versicherungsmakler auf einen anderen Versicherungsmakler gilt dies nur, sofern der neue Versicherungsmakler dem Versicherungsunternehmen noch keine Maklervollmacht vorgelegt hat und eine Datenübermittlung erforderlich ist. In diesem Fall benötigen wir auch Ihre Schweigepflichtentbindung.

Für die Datenweitergabe in diesen Fällen benötigen wir Ihre Einwilligung. Die Einwilligung gilt auch für die Übermittlung von Gesundheitsdaten an Dienstleistungsgesellschaften, die vom Versicherungsvermittler für die Entgegennahme von Daten beauftragt sind. Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsvermittler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvermittler ein. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten in den oben genannten Fällen - soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler, dessen Dienstleister und zwischengeschaltete Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort verarbeitet werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

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 Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung des Vertrages übermittelt werden. Dies ist erforderlich, um unsere vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem jeweiligen Abschlussvermittler zu erfüllen.

Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsmakler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvermittler ein. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. an Versicherungsvermittler und Dienstleister von Versicherungsvermittlern auch nach Ende ihrer Betreuung meines Vertrages noch Daten über Veränderungen des Vertrages, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung des Vertrages – soweit erforderlich – übermittelt, und diese dort erhoben und gespeichert werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich dazu die für die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

4. Datenübermittlung an Auskunfteien

Im Zusammenhang mit der Antragstellung wird zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos eine Bonitätsauskunft eingeholt.

Zu diesem Zweck entbinde ich die für die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen 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 uns die Möglichkeit des Rücktritts und der Anfechtung des Vertrages vor.

5. Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung gegenüber uns (Continentale Krankenversicherung a.G. | Continentale-Allee 1 | 44269 Dortmund | Telefon: 0231 - 919-0 | info@continentale.de) mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Zu den Folgen von Streichungen in den Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen weisen wir nochmals klarstellend darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Geben Sie uns Ihre Erklärung und Einwilligung im Fall der Ziffern 2.1, 3.1 bis 3.5 und 4 zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, kann dies zu einer Verzögerung der Risikoprüfung führen oder der Abschluss des Versicherungsvertrages ist nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt, kann dies zu einer Verzögerung bei der noch nicht abgeschlossenen Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung im Fall der Ziffer 3.1 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.

Ist ein sonstiger Widerruf treuwidrig oder wird dadurch die weitere Vertragsdurchführung unmöglich, können wir einen solchen Widerruf nicht berücksichtigen.

Die vorangestellten Erklärungen gelten auch für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen (z. B. Ihre Kinder), soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.



Einwilligungen in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärungen für die Bildung der Krankenversichertennummer (KVNR) und die Abfrage der Rentenversicherungsnummer (RVNR)

Nutzung der Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI)

Die TI vernetzt alle Akteure des Gesundheitswesens und gewährleistet den sicheren Austausch von Informationen. Sie ist ein geschlossenes Netz, zu dem nur registrierte Nutzer (Personen oder Institutionen) Zugang erhalten. Die TI bietet Versicherten und Leistungserbringern verschiedene Anwendungen, z. B. die elektronische Patientenakte und das elektronische Rezept. Für Sie als privat versicherte Person ist die Nutzung dieser Anwendungen freiwillig. Die Hoheit über die Daten liegt bei den Anwendungen der TI allein bei Ihnen.

Krankenversichertennummer (KVNR)

Für den Zugang zur TI ist eine kartenlose digitale Identität nach § 291 SGB V erforderlich. Die digitale Identität dient als Ihr persönlicher Schlüssel zu den Anwendungen in der TI. Um Ihnen eine digitale Identität und die daran gebundenen Anwendungen der TI bereitstellen zu können, benötigen wir Ihre KVNR. Auch für die Meldung einer meldepflichtigen implantatbezogenen Maßnahme (z. B. bei Brustimplantaten, Hüftprothesen, Herzklappen u.a.) wird nach dem Implantatregistergesetz eine KVNR benötigt.

Wenn Sie noch keine KVNR haben, lassen wir diese für Sie erstellen. Die KVNR wird auch für privat Versicherte durch die gesetzliche Vertrauensstelle Krankenversichertennummer (VST) nach § 290 SGB V auf der Grundlage der Rentenversicherungsnummer (RVNR) individuell einmalig vergeben. Nähere Informationen über das Verfahren zur Bildung einer KVNR durch die VST finden Sie unter www.itsg.de/produkte/vst-krankenversichertennummer. Sollten Sie bereits über eine KVNR verfügen, ist diese zur Vermeidung von Doppelvergaben mit der VST dennoch abzugleichen. Da die Vergabe bzw. der Abgleich der KVNR auf der Grundlage der RVNR erfolgt, ist es erforderlich, dass wir der VST das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilen und die RVNR übermitteln.

Für den Fall, dass eine RVNR noch nicht vergeben wurde, lassen wir diese durch die Deutsche Rentenversicherung für Sie bilden. Sofern eine RVNR vorhanden ist, rufen wir diese bei der Deutschen Rentenversicherung ab. In beiden Fällen ist es erforderlich, dass wir der Deutschen Rentenversicherung das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilen und folgende personenbezogene Daten an die Deutsche Rentenversicherung übermitteln:

Nachname, ggfs. Geburtsname, Vorname, ggfs. Akademischer Titel, Geburtsdatum, Geschlecht, Geburtsort, Geburtsland, ggfs. Staatsangehörigkeit, Wohnort, Straße, Hausnummer, ggfs. Kennzeichen für Mehrlingsgeburten.

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere der RVNR, ein, soweit dies für die Vergabe bzw. den Abgleich der KVNR erforderlich ist und entbinde die für den Versicherer tätigen Personen sowie die bei der Vertrauensstelle KVNR tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Zudem willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein, soweit dies für die Vergabe oder den Abruf der RVNR durch die Deutsche Rentenversicherung erforderlich ist und entbinde die für den Versicherer tätigen Personen sowie die bei der Deutschen Rentenversicherung tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung gegenüber uns (Continental Krankenversicherung a.G. | Continentale-Allee 1 | 44269 Dortmund | Telefon: 0231 - 919-0 | info@continental.de) mit Wirkung für die Zukunft formlos und ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Wird die Erklärung nicht abgegeben oder werden einzelne Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen gestrichen oder widerrufen, kann dies allerdings zur Folge haben, dass die digitale Identität sowie die Anwendungen der Telematikinfrastruktur nicht, nicht mehr oder nur eingeschränkt genutzt werden können. Wenn Sie im Falle einer ungeplanten oder zeitkritischen Implantation noch nicht über eine KVNR verfügen, kann dies zu Verzögerungen führen. Für folgende Zwecke wird Ihre KVNR – wenn diese bereits erzeugt wurde – trotz Löschbegehrens weiter verwendet: Verpflichtung zum Clearing (nach den Vorgaben der Richtlinie nach § 290 Abs. 2 S. 1 SGB V) und (Melde-)Verpflichtungen nach dem IRegG ab dem Vorliegen einer dort genannten meldepflichtigen implantatbezogenen Maßnahme. Weitere Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter www.continental.de/datenschutz.

Erklärung für vertretene Personen

Die vorangestellten Erklärungen gelten auch für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen (z. B. Ihre Kinder), soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.



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.

Kennziffern 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	42 = sozialversicherungsfreier Angestellter	61 = Hausfrau/Hausmann	74 = Student	79 = Meisterschüler (Vollzeit)
21 = Beihilfeberechtigter (Beamter)	35 = Arzt in Facharztausbildung		71 = Kind	76 = Wehrdienstleistender	80 = Arbeitsuchender
22 = Beamtenanwärter					

Kennziffern 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) (Heilfürsorge)
11 = Baden-Württemberg (BW)	31 = Brandenburg (BB)	16 = Hessen (HE)	18 = Nordrhein-Westfalen (NW)	20 = Saarland (SL)	21 = Schleswig-Holstein (SH)	98 = Freie Heilfürsorge des Bundes (BU)
12 = Bayern (BY)	14 = Bremen (HB)	32 = Mecklenburg-Vorpommern (MV)		33 = Sachsen (SN)	35 = Thüringen (TH)	



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 („Datenschutz für Kunden“).

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.

Informationen für den Antragsteller und die zu versichernden Personen

1. Information zur Tarifvariante BKK

Eine Versicherung nach den beantragten Tarifen in der Tarifvariante „BKK“ begründet eine Beitragsvergünstigung von 3 % (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 können Sie 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 Schweigepflichtentbindung für uns, falls in diesem Zusammenhang geschützte Informationen weitergegeben werden müssen (siehe Seite 6 f. - Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung).

Der Datenaustausch 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.

2. Informationen zur beitragsfreien Mitversicherung von Kindern, Jugendlichen und Studenten in der Pflegepflichtversicherung

Ein Kind kann in der privaten Pflegepflichtversicherung beitragsfrei versichert werden, wenn

- mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung aktiv versichert ist,
- das Kind nicht versicherungspflichtig in der sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV) ist und auch kein Anspruch auf Familienversicherung in der SPV besteht,
- das Kind nicht von der Versicherungspflicht in der SPV befreit ist,
- das Kind nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig ist und
- das Kind kein Gesamteinkommen hat, dass die Einkommensgrenze 2024: 505 Euro / 2025: 535 Euro bzw. im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 (1) Nr. 1, 8a SGB IV 2024: 538 Euro / 2025: 556 Euro überschreitet.

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts nach § 2 Abs. 1 EStG (z. B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit usw.).

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit in der privaten Pflegepflichtversicherung bei Kindern

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs;
- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahrs, wenn sie nicht erwerbstätig sind;
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahrs, wenn sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten (Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch einen freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Jugendfreiwilligendienstgesetz, dem Bundesfreiwilligendienstgesetz oder einem vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfergesetzes für die Dauer von höchstens 12 Monaten unterbrochen, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer des Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus.);
- ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches - SGB IX) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten. Voraussetzung ist, dass die Behinderung bereits zu einem Zeitpunkt vorlag, zu dem das Kind innerhalb der obengenannten Altersgrenzen beitragsfrei versichert war.

3. Definition des Angehörigenstatus nach § 7 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) oder § 15 Abgabenordnung (AO)

Mit diesem Antragsformular können nur Versicherungsverträge zu Stande kommen, die dauerhaft nicht der Versicherungssteuerpflicht nach § 4 Abs. 1 Nr. 5 b) VersStG unterliegen. Dafür ist eine nahe und unwiderrufliche Angehörigeneigenschaft nach § 15 AO oder § 7 Abs. 3 PflegeZG erforderlich.

Als nahe Angehörige nach § 7 Abs. 3 PflegeZG oder § 15 AO gelten: Ehegattin/Ehegatte; Lebenspartnerin/Lebenspartner nach LPartG; Mutter/Vater; Schwiegermutter/Schwiegervater; Großmutter/Großvater; Kind; Adoptivkind; Enkelkind; Schwester/Bruder; Tante/Onkel; Schwägerin/Schwager; Nichte/Neffe; Schwiegertochter/Schwiegersohn

Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

1. Grundlage des Versicherungsvertrages

Ich bin damit einverstanden, dass die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife Bestandteil des Versicherungsvertrages werden. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen aus den Tarifbedingungen, Musterbedingungen/Rahmenbedingungen und den Besonderen Bedingungen.

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 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.

5. Erklärung zum Zuschlag aufgrund einer Erkrankung

Ich bin damit einverstanden, dass bei einer Änderung des versicherten Erstattungsprozentsatzes - auch bei einem Tarifwechsel - der Zuschlag im Verhältnis des bisherigen zum neuen versicherten Erstattungsprozentsatz angepasst wird. Führt ein Tarifwechsel bei unverändertem Erstattungsprozentsatz zu einer Beitragsreduzierung, wird der Zuschlag in absoluter Höhe übernommen. Ändert sich lediglich die Selbstbeteiligung oder wird erstmals eine Selbstbeteiligung vereinbart, wird der Zuschlag in absoluter Höhe übernommen. Bei sonstigen Beitragsänderungen wird der Zuschlag in demselben Verhältnis angepasst. Während einer Anwartschaftsversicherung ist der Zuschlag nicht zu zahlen.

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 / YK1 bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung

Ich bestätige, dass für den Ehegatten / eingetragten Lebenspartner Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. für Kinder aufgrund einer Pflichtmitgliedschaft eines Familienangehörigen ein Anspruch auf Familienversicherung besteht. Aus einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. einer daraus resultierenden Familienversicherung kann eine Umwandlung in den vereinbarten Tarif nicht beansprucht werden.

8. Erklärung zur Beitragsermäßigung im Alter

Mir ist bekannt, dass eine Änderung der Rechnungsgrundlagen des jeweils vereinbarten Tarifs zu einer Veränderung der vereinbarten Ermäßigung der Beiträge im Alter (Beitragsentlastung) - auch nach Wirksamwerden der Ermäßigung - führen kann.



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. • Continentale-Allee 1, 44269 Dortmund • Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271

Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ00000053646

Mandatsreferenznummer – wird separat mitgeteilt.

☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers ☐ Firma

Kontoinhaber: Nachname / Firma

Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

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

IBAN

Datum

☒ Unterschrift des Kontoinhabers

☒ 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

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, Widerrufsbelehrung, 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 9 dieses Antrages.)

Der Versicherer kann bereits jetzt von meiner Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz Gebrauch machen. Von meiner Schweigepflichtbindungserklärung 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 Beitragseinzug 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 die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 9.

Bitte lesen Sie auch die Einwilligungen / Erklärungen auf den vorherigen 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.

Datum ☒ Unterschrift Antragsteller

Datum ☒ Unterschrift der zu versichernden Person 1 ab 16 Jahren* ☒ ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (versicherte Person jünger 18 Jahre)

Datum ☒ Unterschrift der zu versichernden Person 2 ab 16 Jahren* ☒ ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (versicherte Person jünger 18 Jahre)

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

Risikoträger

Continentale Krankenversicherung a.G.

Continentale-Allee 1, 44269 Dortmund

Vorstand: Dr. Gerhard Schmitz (Vorsitzender),

Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer,

Marcus Lauer, Dr. Thomas Niemöller,

Alf N. Schlegel

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer

Sitz der Gesellschaft: Dortmund

Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271

USt-ID-Nr.: DE 124 906 368

