

Vertriebspartner Versicherungsnummer

Meine Telefonnummer

für eventuelle Rückfragen bin ich zu erreichen! vormittags nachmittags abends



Antrag

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Frau Herr Divers

Nachname Vorname Straße, Hausnummer

Postleitzahl Wohnort Geburtsdatum

1 freiwillige Angaben

ELTERN

Ja, ich sichere meinen Kindern umfassenden Auslandsreise-Krankenversicherungsschutz, die Übernahme der Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen und Zahnersatz-Leistungen und beantrage den Tarif CE-U bei der Continentale Krankenversicherung a. G.

zum 01. 24 für **BEGINN**

| Nachname | Vorname | Geburtsdatum | Angehörigenstatus ¹ | Geschlecht | Tarif | Monatsbeitrag |
|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d | <input type="text" value="CE-U"/> | <input type="text" value="EUR"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d | <input type="text" value="CE-U"/> | <input type="text" value="EUR"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d | <input type="text" value="CE-U"/> | <input type="text" value="EUR"/> |

1 Kennziffern Angehörigenstatus siehe Seite 4

m = männlich; w = weiblich; d = divers

Monatsbeitrag
gesamt

KIND

Beiträge

Die Beiträge sind für Kinder und Jugendliche unterschiedlich hoch. Sie richten sich nach dem jeweiligen Eintrittsalter. Das Eintrittsalter ergibt sich, wenn das Geburtsjahr vom Jahr des Versicherungsbeginns abgezogen wird.

Beispiel:

beantragter Beginn 01.12.2023, geboren am 04.12.2013: 2023-2013 = Eintrittsalter 10.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

| | Kinder | Jugendliche | Kinder | Jugendliche |
|----------------|--------------------|-------------|-------------------|-------------|
| | Beiträge monatlich | | Beiträge jährlich | |
| Eintrittsalter | 0-15 | 16-20 | 0-15 | 16-20 |
| Beiträge | 0,23 EUR | 0,29 EUR | 2,76 EUR | 3,48 EUR |

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. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Beitragszahlungsweise

jährlich

Gesundheitszustand der zu versichernden Personen

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Bitte beachten Sie hierzu Abschnitt „A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 3 dieses Antrages.



Ja, ich bestätige, dass bei den zu versichernden Personen eine stationäre Behandlung oder eine Versorgung mit Zahnersatz weder begonnen, noch beabsichtigt, noch durch einen Arzt bzw. durch einen anderen Leistungserbringer angeraten wurde.

Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

Mit meiner folgenden Antragsunterschrift willige ich in die nachfolgenden Einwilligungstatbestände ein.

- Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch die Continentale Krankenversicherung a.G.
- Abfrage von Gesundheitsdaten und anderen der Schweigepflicht unterliegenden Informationen bei Dritten (Risiko- und Leistungsprüfung)
- Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und anderer der Schweigepflicht unterliegender Informationen an Stellen außerhalb der Continentale Krankenversicherung a.G.
 - Übertragung von Aufgaben auf Dienstleister
 - Datenweitergabe an Rückversicherer
 - Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer
 - Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler
 - Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler nach Ende ihrer Betreuung
- Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt
- Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Nähere Informationen zu den aufgeführten Einwilligungstatbeständen finden Sie auf den Seiten 3 und 4.



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.

EINGETRAGEN KONTO

Continentale Krankenversicherung a.G. • Ruhrallee 92, 44139 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 _____

_____ _____

Name und 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.

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

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 Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, Widerrufsbelehrung, Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag, Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Satzung Continentale Krankenversicherung a.G., Datenschutzhinweise, Dienstleister und Auftragnehmer der Continentale Krankenversicherung a.G.) erhalten habe.

_____ Unterschrift des Antragstellers

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 3 dieses Antrages.)
 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 Vertragsschlusses. Erst dann wird auch meine Erklärung zum Beitrageinzug und zur Leistungsauszahlung wirksam.

→

Schlussfolgerungen und Antragsunterschriften

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

Bitte lesen Sie auch die Einwilligungen / Erklärungen auf den letzten Seiten. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Einwilligungen / Erklärungen sowie die Information 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/in _____

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

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

Datum _____ Unterschrift der zu versichernden Person 3 ab 16 Jahren* _____ ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (versicherte Person jünger 18 Jahre)

Datum _____ _____ Unterschrift des Vermittlers _____

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

b) **Kündigung** – Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann der Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat gekündigt werden, sofern es sich nicht um

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

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

c) **Vertragsanpassung und Wegfall des Versicherungsschutzes** – Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil, können also für bereits eingetretene Versicherungsfälle zum Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsanpassung nicht zu. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsanpassung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in einer Mitteilung hinweisen.

d) **Ausübung der Rechte** – Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur 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 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 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) **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.

B) Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

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 Gesundheitsdaten, aber auch andere Informationen, z. B. dass ein Vertrag mit Ihnen besteht.

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

Zur Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten bei der Risikobeurteilung im Antragsfall (Risikoprüfung) benötigen wir Ihre Einwilligungserklärung. In der Risikoprüfung nutzen wir auch automatisierte Verfahren zur Einschätzung individueller Risiken. Dadurch kann zügig und kostengünstig entschieden werden, ob und zu welchen Bedingungen Versicherungsschutz geboten werden kann.

Auch in der Leistungsprüfung können Gesundheitsdaten vollautomatisiert verarbeitet werden. Wir prüfen dabei maschinell, ob und in welchem Umfang Sie eine Leistung beanspruchen können. Berechtigte Ansprüche können so schneller erfüllt und unberechtigte abgelehnt werden. Hierzu benötigen wir Ihre Einwilligung.

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.

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.

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 der Schweigepflicht unterliegende Informationen weitergegeben werden müssen.

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. einwillinge
- 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 drei 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 unterliegender 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 fortlaufende aktualisierte Liste über Dienstleister und Kategorien von Dienstleistern, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültigen Datenschutzhinweise finden Sie im Internet unter www.continentale.de/datenschutz. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an 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. 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 Versicherungsververtreters 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 und Dienstleister von Versicherungsvermittlern 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. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir verarbeiten 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. Dafür benötigen wir Ihre Einwilligung.

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 zu den oben genannten Zwecken verarbeitet.

5. Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später unter der auf der letzten Seite angegebenen Adresse mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Zu den Folgen von Streichungen in den Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen verweisen wir auf die Angaben in den vorstehenden Bausteinen. Wir weisen 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 und 3.1 bis 3.5 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 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.

Kennziffern für den Angehörigenstatus (Status der versicherten Person zum Versicherungsnehmer)

Hier ist die Kennziffer auszuwählen, welche den Status der versicherten Person beschreibt (VN ist Vater und VP ist Kind, so ist hier 06 = Kind einzutragen).

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------|---|--|
| 01 = Ehegattin/Ehegatte | 04 = Schwiegermutter/Schwiegervater | 07 = Adoptivkind | 10 = Tante/Onkel | 13 = Pflegekind (zusätzliche Vereinbarung erforderlich) | 88 = Sonstige |
| 02 = Lebenspartnerin/Lebenspartner nach LPartG | 05 = Großmutter/Großvater | 08 = Enkelkind | 11 = Schwägerin/Schwager | 14 = Schwiegertochter/Schwiegerson | 99 = eigener Vertrag (Versicherungsnehmer) |
| 03 = Mutter/Vater | 06 = Kind | 09 = Schwester/Bruder | 12 = Nichte/Neffe | | |



C) Datenschutzhinweise bei Abschluss des Vertrages

1. Datenschutzhinweise bei Abschluss des Vertrages

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

2. Datenschutzhinweise bei abweichendem Beitragszahler

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

D) 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.

Risikoträger

Continentale Krankenversicherung a.G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),
Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Markus Kremer,
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

