

# Antrag

## **auf Kranken-, Pflege- und Krankentagegeldversicherung**

Stand: 01.01.2021

Continentale Krankenversicherung a.G.

Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

[www.continentale.de](http://www.continentale.de)

# Antrag auf Krankenversicherung

Neuantrag  Änderungsantrag



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

## Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Nachname / Firma<sup>1</sup>  Frau  Herr  Firma  Vorname<sup>1</sup>

Straße, Hausnummer<sup>1</sup>  Geburtsdatum

Postleitzahl<sup>1</sup>  Wohnort<sup>1</sup>

Länderkennzeichen<sup>1</sup>  Staatsangehörigkeit<sup>2</sup>

D (Deutschland)

Beruf (zurzeit ausgeübt)  Branche

Berufsstatus<sup>3</sup>  Selbstständig / Freiberufler seit dem

Eintragung im Handelsregister<sup>2</sup>  nein  ja, am

Gewerbeanmeldung/Zulassung<sup>2</sup>  nein  ja, am

Name der Firma bei Selbstständigen / Name Arbeitgeber bei Arbeitnehmern<sup>2</sup>

Telefonnummer für Rückfragen<sup>4</sup>

## Vertriebspartner/Interne Vermerke

Vep-Nr.

Antrags-Nr.  Versicherungs-Nr.

Fremd-Nr. 1  Fremd-Nr. 2

Fremd-Nr. 3  Adresskonto-Nr.

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

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

1 Vollständiger Name / Hauptwohnsitz laut Melderegister (siehe 5. Einwilligung in die Bonitätsauskunft und in die Verwendung der Ergebnisse innerhalb der „Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflicht-entbindungserklärung“)

2 nur bei Krankheitskostenvollversicherungen bzw. Krankentagegeldversicherungen auszufüllen

3 Kennziffer siehe Seite 9

4 freiwillige Angaben zum Zwecke der vertraglichen Kommunikation

## Zu versichernde Person(en)

Gesamtzahl der zu versichernden Personen

PERSON 1	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	PERSON 2	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Nachname <input type="text"/>		<input type="text"/>	
Vorname <input type="text"/>		<input type="text"/>	
Staatsangehörigkeit <sup>1</sup> <input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer <sup>2</sup> <input type="text"/>		<input type="text"/>	
Postleitzahl <sup>2</sup> <input type="text"/>	Wohnort <sup>2</sup> <input type="text"/>	<input type="text"/>	Wohnort <sup>2</sup> <input type="text"/>
Beruf (zurzeit ausgeübt) <input type="text"/>		<input type="text"/>	
Branche <input type="text"/>		<input type="text"/>	
Berufsstatus <sup>3</sup> <input type="text"/>	Telefonnummer für Rückfragen <sup>4</sup> <input type="text"/>	Berufsstatus <sup>3</sup> <input type="text"/>	Telefonnummer für Rückfragen <sup>4</sup> <input type="text"/>
E-Mail-Adresse <sup>4</sup> <input type="text"/>		<input type="text"/>	

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

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

## Zusätzliche Angaben der zu versichernden Person(en)

PERSON 1	PERSON 2
Arbeitgeberbescheinigung <input type="checkbox"/>	Arbeitgeberbescheinigung <input type="checkbox"/>
Selbstständig / Freiberufler seit dem <input type="text"/>	Selbstständig / Freiberufler seit dem <input type="text"/>
Eintragung im Handelsregister <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am <input type="text"/>	Eintragung im Handelsregister <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am <input type="text"/>
Gewerbeanmeldung/Zulassung <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am <input type="text"/>	Gewerbeanmeldung/Zulassung <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am <input type="text"/>
Name Firma / Arbeitgeber <sup>1</sup> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift <sup>1</sup> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Beihilfebemessungssatz ambulant <input type="text"/> % stationär <input type="text"/> % Zahn <input type="text"/> %	ambulant <input type="text"/> % stationär <input type="text"/> % Zahn <input type="text"/> %
Der Beihilfebemessungssatz ist aufgrund eines gewährten bzw. zustehenden Zuschusses reduziert um: <input type="text"/> %	Der Beihilfebemessungssatz ist aufgrund eines gewährten bzw. zustehenden Zuschusses reduziert um: <input type="text"/> %
Beihilfekennzahl <sup>2</sup> <input type="text"/> Mitglied im DBwV (Ehegatte / Kind des Mitglieds) <input type="checkbox"/>	Beihilfekennzahl <sup>2</sup> <input type="text"/> Mitglied im DBwV (Ehegatte / Kind des Mitglieds) <input type="checkbox"/>
Beantragung YG / YK1 für Familienangehörige <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> 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 <sup>4</sup> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mitglied <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Familienversicherung bei Person <sup>4</sup> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mitglied <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Familienversicherung bei Person <sup>4</sup> <input type="text"/>

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

3 siehe Abschnitt D) „Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen“ Nr. 7 Erklärung zur Anwartschaftsversicherung YG / YK1 bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung innerhalb dieses Antrages  
4 nur bei den Tarifen StartA, StartK, StartS und StartZ auszufüllen

## 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



Ich beantrage für die zu versichernden Personen eine

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

PERSON 1 Tarif	Beitragsentlastung in EUR	Beitrag EUR <sup>1</sup>	PERSON 2 Tarif	Beitragsentlastung in EUR	Beitrag EUR <sup>1</sup>

Monatsbeitrag für Person 1  Monatsbeitrag für Person 2

monatlicher Gesamtbeitrag

Beitragszahlungsweise  Gesamtbeitrag gemäß Zahlweise für alle versicherten Personen

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

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

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

<sup>1</sup> in den Tarifen BUSINESS/PREMIUM/COMFORT-U/COMFORT-MED/COMFORT/COMFORT-B/EB/ECONOMY-U/ECONOMY/CEB-PLUS-U/CEB-PLUS/CEK-PLUS-U/CEK-PLUS: ggf. einschließlich 2,56 Euro (CEB-PLUS-U, CEB-PLUS), 5,00 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) 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/COMFORT-U/COMFORT-MED/COMFORT-B/EB und ECONOMY-U ist eine gesonderte Erklärung notwendig.

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

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

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

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

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

<sup>1</sup> Bsp. Art der Versicherung (amb./stat./zahn); Erstattungsprozentsatz für Zahnersatz; Höhe des Krankenhaustagegeldes in Euro; Höhe des Krankentagegeldes in Euro inkl. Karenzzeit; Höhe des Pflege tagegeldes in Euro

**Erklärungen des Antragstellers für die zu versichernden Personen**

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

Ich bestätige, dass die nach AZ/BA/BO zu versichernden Personen – ausgenommen Ausbildungsvergütung/Ausbildungsförderung/Einkünfte aus der Erwerbstätigkeit als Arzt/Praktikanten-/Anwärterbezüge – keine regelmäßigen Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit haben. Die nach BA/BO versicherten Personen sind beihilfeberechtigt bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige.

Eine Immatrikulationsbescheinigung / ein Nachweis zur Meisters Ausbildung  wird nachgereicht  liegt bei.  wird nachgereicht  liegt bei.

<sup>1</sup> für CEJ, StartA, StartK und StartZ nicht möglich / für die Pflegepflichtversicherung gilt § 3 MB/PPV 2019



## Zusätzliche Erklärungen bei beantragter Krankentagegeldversicherung

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

<p><b>PERSON 1</b></p> <p>Anzahl Arbeitnehmer<sup>1</sup> _____ mitarbeitend tätig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Selbstständig bzw. Freiberufler nur aufsichtsführend tätig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Gesellschafter einer GmbH <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>wenn ja, besteht Sozialversicherungspflicht ist als niedergelassener Arzt, Zahnarzt, Tierarzt in eigener Praxis tätig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit dem: _____</p>	<p><b>PERSON 2</b></p> <p>Anzahl Arbeitnehmer<sup>1</sup> _____ mitarbeitend tätig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>nur aufsichtsführend tätig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Gesellschafter einer GmbH <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>wenn ja, besteht Sozialversicherungspflicht ist als niedergelassener Arzt, Zahnarzt, Tierarzt in eigener Praxis tätig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit dem: _____</p>
<p><b>B. Einkünfte &amp; Lohnfortzahlung</b></p> <p>Höhe der durchschnittlichen monatlichen Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit (Nettoeinkommen bei Arbeitnehmern / 75 % vom Gewinn bei Selbstständigen / 75 % der Betriebseinnahmen bei Ärzten): _____ EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin Existenzgründer (max. 18 Monate ab Existenzgründung) und kann keine Angaben zu den durchschnittlichen monatlichen Einkünften machen. Die Erklärung zur Regelung für Existenzgründer <input type="checkbox"/> wird nachgereicht. <input type="checkbox"/> ist beigefügt.</p> <p>Gehalts- / Lohnfortzahlung sowie sonstige Zahlungen des Arbeitgebers bei Arbeitsunfähigkeit (Dauer / Betrag / % vom Nettoeinkommen, gegebenenfalls Staffelung angeben): _____ <input type="checkbox"/> 6 Wochen (gesetzliche Regelung)</p>	<p>Höhe der durchschnittlichen monatlichen Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit (Nettoeinkommen bei Arbeitnehmern / 75 % vom Gewinn bei Selbstständigen / 75 % der Betriebseinnahmen bei Ärzten): _____ EUR</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin Existenzgründer (max. 18 Monate ab Existenzgründung) und kann keine Angaben zu den durchschnittlichen monatlichen Einkünften machen. Die Erklärung zur Regelung für Existenzgründer <input type="checkbox"/> wird nachgereicht. <input type="checkbox"/> ist beigefügt.</p> <p>Gehalts- / Lohnfortzahlung sowie sonstige Zahlungen des Arbeitgebers bei Arbeitsunfähigkeit (Dauer / Betrag / % vom Nettoeinkommen, gegebenenfalls Staffelung angeben): _____ <input type="checkbox"/> 6 Wochen (gesetzliche Regelung)</p>
<p><b>C. Krankentagegeld</b></p> <p>Bei der Ermittlung der Höhe des Krankentagegeldes ist <input type="checkbox"/> kein Anteil für Zahlungen an die Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosenversicherung oder Ersatzleistungen (z. B. berufsständisches Versorgungswerk), <input type="checkbox"/> ein Anteil für Zahlungen an die Rentenversicherung (weil privat krankenversichert) oder Ersatzleistungen, <input type="checkbox"/> ein Anteil für Zahlungen an die Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosenversicherung (weil gesetzlich krankenversichert) berücksichtigt.</p>	<p>Bei der Ermittlung der Höhe des Krankentagegeldes ist <input type="checkbox"/> kein Anteil für Zahlungen an die Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosenversicherung oder Ersatzleistungen (z. B. berufsständisches Versorgungswerk), <input type="checkbox"/> ein Anteil für Zahlungen an die Rentenversicherung (weil privat krankenversichert) oder Ersatzleistungen, <input type="checkbox"/> ein Anteil für Zahlungen an die Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosenversicherung (weil gesetzlich krankenversichert) berücksichtigt.</p>
<p><b>D. Fehlzeiten</b></p> <p>Zeiten von Arbeitsunfähigkeit in den letzten 3 Jahren: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja bitte nähere Angaben machen von _____ bis _____ Anzahl AU-Tage _____</p> <p>Wegen folgender Erkrankungen/Unfallfolgen: _____</p>	<p>Zeiten von Arbeitsunfähigkeit in den letzten 3 Jahren: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja bitte nähere Angaben machen von _____ bis _____ Anzahl AU-Tage _____</p> <p>Wegen folgender Erkrankungen/Unfallfolgen: _____</p>

<sup>1</sup> alle Arbeitnehmer mit regelmäßigem monatlichem Einkommen über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV – 2021: 470 Euro (den aktuellen Betrag bitte erfragen)

## Angaben zur Pflegepflichtversicherung (PPV)

<p><b>PERSON 1</b></p> <p>Soll eine bereits bei einem anderen Unternehmen bestehende PPV fortbestehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ein Nachweis über eine anderweitige PPV <input type="checkbox"/> wird nachgereicht<sup>1</sup>. <input type="checkbox"/> ist beigefügt.</p> <p>PVN bzw. PVB seit dem _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ich beantrage die Beitragsbegrenzung des Ehepaar-Gesamtbeitrages auf 150 % des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung<sup>2</sup>: Name, Vorname (Ehegatte)<sup>3</sup> _____ Bei abweichender Versicherungsgesellschaft: Pflegepflichtversicherungsvertrag besteht bei (der dortige Vertrag besteht nicht als Anwartschaft) _____</p> <p>Für mich oder meinen Ehegatten<sup>3</sup> liegen Altbestandskonditionen<sup>4</sup> nach § 110 (1) u. (2) SGB XI vor. Ein Nachweis über Altbestandskonditionen <input type="checkbox"/> wird nachgereicht. <input type="checkbox"/> ist beigefügt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass mein bzw. das Einkommen<sup>5</sup> meines Ehegatten<sup>3</sup> monatlich nicht über der Grenze für die Familienversicherung<sup>6</sup> liegt.</p> <p><input type="checkbox"/> 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 2019<sup>7</sup> erfüllt sind. Nachgenannter Elternteil ist pflegepflichtversichert. Name, Vorname _____ bei _____ seit _____</p> <p>Der Nachweis der Pflegepflichtversicherung des Elternteils <input type="checkbox"/> wird nachgereicht. <input type="checkbox"/> ist beigefügt.</p>	<p><b>PERSON 2</b></p> <p>Soll eine bereits bei einem anderen Unternehmen bestehende PPV fortbestehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ein Nachweis über eine anderweitige PPV <input type="checkbox"/> wird nachgereicht<sup>1</sup>. <input type="checkbox"/> ist beigefügt.</p> <p>PVN bzw. PVB seit dem _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ich beantrage die Beitragsbegrenzung des Ehepaar-Gesamtbeitrages auf 150 % des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung<sup>2</sup>: Name, Vorname (Ehegatte)<sup>3</sup> _____ Bei abweichender Versicherungsgesellschaft: Pflegepflichtversicherungsvertrag besteht bei (der dortige Vertrag besteht nicht als Anwartschaft) _____</p> <p>Für mich oder meinen Ehegatten<sup>3</sup> liegen Altbestandskonditionen<sup>4</sup> nach § 110 (1) u. (2) SGB XI vor. Ein Nachweis über Altbestandskonditionen <input type="checkbox"/> wird nachgereicht. <input type="checkbox"/> ist beigefügt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass mein bzw. das Einkommen<sup>5</sup> meines Ehegatten<sup>3</sup> monatlich nicht über der Grenze für die Familienversicherung<sup>6</sup> liegt.</p> <p><input type="checkbox"/> 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 2019<sup>7</sup> erfüllt sind. Nachgenannter Elternteil ist pflegepflichtversichert. Name, Vorname _____ bei _____ seit _____</p> <p>Der Nachweis der Pflegepflichtversicherung des Elternteils <input type="checkbox"/> wird nachgereicht. <input type="checkbox"/> ist beigefügt.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 Altbestandskonditionen<sup>4</sup> und ein Ehegatte oder Lebenspartner hat ein Gesamteinkommen<sup>5</sup>, dass die Grenze der Familienversicherung<sup>6</sup> 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 – 2021: 470 Euro (den aktuellen Betrag bitte erfragen).
- 7 Nähere Informationen entnehmen Sie bitte Abschnitt C) Nr. 2 dieses Antrages.

## Angaben für Bundeswehrangehörige

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

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

**SaZ/BS (Mitglied im DBwV)** für die Tarife: YK1, YG, PVB<sup>1</sup>, Y-U<sup>1</sup>, YV<sup>2</sup>, YO1<sup>1</sup>, KHT/15<sup>1</sup>, V43-U (zulagenberechtigte Tätigkeit)<sup>1</sup>, PG-K-plus<sup>1</sup>, PG-K<sup>1</sup>, PG-E<sup>1</sup>, PG-C<sup>1</sup>, PZ-U<sup>1</sup>, KS-U<sup>1</sup>, YG KS-U<sup>1</sup>, KS1-U<sup>1</sup> und YG KS1-U<sup>1</sup>

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

<p><b>PERSON 1</b></p> <p>Derzeit stationiert in _____ Voraussichtliches Dienstzeitende _____</p> <p><input type="checkbox"/> BS <input type="checkbox"/> FWDL <input type="checkbox"/> SaZ SaZ, FWDL, BS seit dem _____</p>	<p><b>PERSON 2</b></p> <p>Derzeit stationiert in _____ Voraussichtliches Dienstzeitende _____</p> <p><input type="checkbox"/> BS <input type="checkbox"/> FWDL <input type="checkbox"/> SaZ SaZ, FWDL, BS seit dem _____</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Bei gleichzeitigem Abschluss zur Anwartschaftsversicherung YK1 oder YG

<sup>2</sup> Bei gleichzeitigem Abschluss zur großen Anwartschaftsversicherung YG

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

<sup>3</sup> Kann die Gesundheitsbestätigung nicht abgegeben werden, bitte Angaben zum Gesundheitszustand machen.

PERSON 1  PERSON 2



**Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Bitte beachten Sie hierzu Abschnitt „A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 8 dieses Antrages.**

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

**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.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl <input type="text"/>
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.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl <input type="text"/>
L. Sind zahnärztliche/kieferorthopädische Behandlungen (z. B. Inlays, Parodontosebehandlung, Zahnersatz oder Implantate) notwendig, angedenkt oder wurden solche begonnen bzw. fanden in den letzten 12 Monaten Parodontosebehandlungen/ Zahnfleischerkrankungen statt? Wenn ja, welche Behandlungen, wer kann Auskunft geben?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**Nur zu beantworten für Personen (Eintrittsalter größer 18 Jahren), die den Tarif CEZK-U/CEZK/CEZP-U/CEZP, den Optionstarif 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.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

**Wenn nur der Tarif CEJ beantragt wird, so muss lediglich die Gesundheitsfrage N. beantwortet werden:**

N. Ist eine kieferorthopädische Behandlung beabsichtigt, angedenkt oder wurde eine solche begonnen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

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

O. Fanden in den letzten drei 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)?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

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

**Tarif BUSINESS, PREMIUM, 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 angedenkt 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	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 und CEB-PLUS-U:

PERSON	Tarif	LA	RIZ	PERSON	Tarif	LA	RIZ
1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Leistungsausschluss (LA):** Ich erkläre mich damit einverstanden, dass kein Versicherungsschutz für Sehhilfen (z. B. Brillen und Kontaktlinsen) besteht.

**Risikozuschlag für Sehhilfen (RIZ):** Ich erkläre mich damit einverstanden, einen Risikozuschlag für Sehhilfen (z. B. Brillen und Kontaktlinsen) zu zahlen - die Höhe entnehmen Sie bitte Ihrem Beitrag.

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

Zu Person Zu Frage

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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 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 Risikoprüfung 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.

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.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. **Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:**

#### Möglichkeit I:

PERSON 1  PERSON 2

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen, sonstigen Angehörigen eines Heilberufs sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Stellen und die für sie tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Continentale Krankenversicherung a.G. übermittelt werden.

Soweit erforderlich 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 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 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 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 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 Versicherungsverbandes oder einen anderen Dienstleister. Alle Dienstleister sind vertraglich oder gesetzlich zur Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit sowie ggf. 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. Eine Liste ist den Datenschutzhinweisen bei Abschluss des Versicherungsvertrages angefügt. Die zurzeit gültige Liste finden Sie im Internet unter [www.continentale.de/datenschutz](http://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 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 Rückversicherungen

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

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

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

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

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

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z. B. Statistik, wissenschaftliche Forschung) verarbeitet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie von uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren der Schweigepflicht unterliegenden Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.3. Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer

Wenn Sie als versicherte Person nicht selbst Antragsteller bzw. Vertragspartei sind, 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.

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 Versicherungsvermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Versicherungsvermittler 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 Versicherungsmakler für die Entgegennahme von Daten beauftragt sind.

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 Versicherungsmaklern 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.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. an Abschlussvermittler auch nach Ende ihrer Betreuung meines Vertrages noch Daten über Veränderungen des Vertrages, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung des Vertrages übermittelt, und diese dort erhoben und gespeichert werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich 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. Einwilligung in die Bonitätsauskunft und in die Verwendung der Ergebnisse

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.

### 6. Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch 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 Einwilligung im Fall der Ziffern 2. und 5. zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab oder widerrufen Sie Ihre Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt, kann dies zu einer Verzögerung der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen. 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 unzulässig 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.



## SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

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

Continentale Krankenversicherung a.G. • Ruhrallee 92, 44139 Dortmund • Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271		
Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ00000053646		
Mandatsreferenznummer – wird separat mitgeteilt.		
Nachname des Kontoinhabers / Firma	Vorname des Kontoinhabers	
Straße und Hausnummer		
PLZ	Ort	
<b>SEPA-Lastschriftmandat:</b> 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	<input checked="" type="checkbox"/> Unterschrift des Kontoinhabers	<input checked="" type="checkbox"/> ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter (Kontoinhaber jünger 18 Jahre)

## Erklärung zur Leistungsauszahlung

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

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

## Versicherungsantrag mit Empfangsbestätigung oder Angebotsantrag

**Versicherungsantrag**  
Ich möchte verbindlichen Versicherungsschutz beantragen.

Empfangsbestätigung:

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

Unterschrift des Antragstellers

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

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

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

Der Versicherer kann bereits jetzt von meiner Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz Gebrauch machen. Von meiner Schweigepflichtenbindungserklärung kann er nur Gebrauch machen, soweit es für die Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist. Für die Beurteilung der Leistungspflicht gilt dies erst im Falle eines späteren Vertragsschlusses. Erst dann wird auch meine Erklärung zum 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 8.

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

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

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

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





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

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

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

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

### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

#### a) Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

#### b) Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann der Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat gekündigt werden, sofern es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung

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

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

#### c) Vertragsanpassung und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

#### d) Ausübung der Rechte

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

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

#### e) Stellvertretung durch eine andere Person

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

### Kennzahlen für das gültige Beihilferecht

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



## B) Informationen zum Datenschutz

### 1. Datenschutzhinweise bei Abschluss des Vertrages

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

### 2. Datenschutzhinweise bei abweichendem Beitragszahler

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

## C) 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 Ausbildungsversicherung 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 Schweigepflichtenbindung für uns, falls in diesem Zusammenhang nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen (siehe Seite 5 - Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtenbindungserklärung).

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 (2021) von 470,00 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.

## D) Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

### 1. Grundlage des Versicherungsvertrages

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

### 2. Zustandekommen des Vertrages

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

### 3. Wartezeiterlass

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

### 4. Erklärung zur Beitragsermäßigung im Alter (BE)

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

### 5. Erklärung zur Krankentagegeldversicherung

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

### 6. Erklärung zum Leistungsfreiheitsrabatt nach dem Tarif CSB1

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

### 7. Erklärung zur Anwartschaftsversicherung YG / YK1 bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung

Ich bestätige, dass für den Ehegatten / einget. 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.

## Risikoträger

### Continentale Krankenversicherung a. G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),

Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),

Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer,

Alf N. Schlegel, Falko Struve

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer

Sitz der Gesellschaft: Dortmund

Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271

USt-ID-Nr.: DE 124 906 368

## Kennziffer für den Berufsstatus

11 = Selbstständiger

12 = juristische Person

13 = Freiberufler

21 = Beihilfeberechtigter (Beamter)

22 = Beamtenanwärter

23 = Arbeitnehmer im

öffentlichen Dienst

27 = Heilfürsorgeempfänger

30 = Arbeitnehmer

35 = Arzt in Facharztausbildung

40 = geringfügig Beschäftigter

(pflichtversichert)

41 = geringfügig Beschäftigter

(versicherungsfrei)

42 = sozialversicherungsfreier Angestellter

51 = Versorgungsempfänger

und Pensionär

52 = Rentner

61 = Hausfrau/Hausmann

71 = Kind

72 = Schüler

73 = Auszubildender und

dualer Student (BA/FH)

74 = Student

76 = Wehrdienstleistender

77 = Schüler 2. Bildungsweg

78 = Bundesfreiwilligen-

dienstleistender

79 = Meisterschüler (Vollzeit)

80 = Arbeitsuchender

