

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

Stand: 01.07.2006

Continental Krankenversicherung a. G.
Direktion: Ruhrallee 92-94, 44139 Dortmund
www.continentale.de



Versicherungs-Anträge

Dieser Vordruck kann mehrere Anträge enthalten. Die abgeschlossenen Versicherungen sind verschiedene, rechtlich selbstständige Versicherungsverträge.

Antragsteller

Frau Herr Firma

Familien- und Vorname/Firma _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Telefon mit Vorwahl, privat* _____ Telefon mit Vorwahl, dienstlich* _____ Staatsangehörigkeit (auch der zu versichernden Personen) _____

*(freiwillige Angaben)

Vertriebspartner (werbend) _____

Vertriebspartner (bestandsführend) _____

Cabrio-Nummer _____

Antragsnummer/
bei Änderungsantrag: Versicherungs-Nummer _____

Wenn der Antragsteller bereits Kunde ist,
bitte eine Versicherungs-Nummer angeben. _____

Nur beantworten, wenn für die zu versichernden Personen ein Beihilfeanspruch besteht:
Der Beihilfebemessungssatz ist aufgrund eines gewährten bzw. zustehenden Zuschusses reduziert.

für Per-son um _____% Person um _____% Person um _____%

Zu versichernde Personen

Per-son	Vorname (und Familienname, wenn er vom Namen des Antragstellers abweicht)	Geburtsdatum	Ge-schlecht	Größe cm	Gewicht kg	Derzeitige Tätigkeit(en), durch die der überwiegende Teil des Einkommens erzielt wird	Arbeit-geber-be-schrei-nung	Kennzahl (siehe unten)	Bemessungssatz in %	ambulant	Zahn	stationär
1	_____	_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Ich beantrage für die zu versichernden Personen – soweit bei den jeweils bezeichneten Tarifen ein Beitrag eingetragen ist – eine

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

Per-son	Tarif	Monatsbeitrag	Tarif	Monatsbeitrag	Tarif	Monatsbeitrag	Tarif	Monatsbeitrag	Monatsbeitrag* je Person	Zuschlag (im Beitrag enthalten)
<input type="checkbox"/>	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR
<input type="checkbox"/>	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR
<input type="checkbox"/>	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR
<input type="checkbox"/>	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR

*) Bei Tarif CEB-PLUS/CEK-PLUS: ggf. einschließlich 2,56 Euro (CEB-PLUS) bzw. 5,- Euro (CEK-PLUS) Zuschlag für Brillen/Kontaktlinsen.

Weiterer Termin für den Optionstarif AV-P zum _____ oder Ende der Versicherungspflicht/Familienversicherung

Versicherungsbeginn **01.** _____ **Vertragsdauer:** Der Vertrag wird für die Dauer eines Versicherungsjahres geschlossen. In der Pflegepflichtversicherung gilt das Kalenderjahr als Versicherungsjahr. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

monatlicher Gesamtbeitrag _____ **Beitragszahlungsweise** 1/ _____ jährlich

Krankentagegeldversicherung bei der Europa Krankenversicherung AG, Köln

Per-son	Tarif/Tagessatz	Monatsbeitrag	Tarif/Tagessatz	Monatsbeitrag	Tarif/Tagessatz	Monatsbeitrag	Monatsbeitrag je Person	Zuschlag (im Beitrag enthalten)
<input type="checkbox"/>	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR
<input type="checkbox"/>	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR

Versicherungsbeginn **01.** _____ **Vertragsdauer:** Der Vertrag wird für die Dauer eines Versicherungsjahres geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Bei der Ermittlung der Höhe des täglichen Krankentagegeldes ist ein Anteil für Zahlungen an die

Rentenversicherung (weil privat krankenversichert), Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosenversicherung (weil gesetzlich krankenversichert) berücksichtigt.

monatlicher Gesamtbeitrag _____ **Beitragszahlungsweise** 1/ _____ jährlich

Erklärungen des Antragstellers für die zu versichernden Personen

Bestand oder besteht eine weitere Versicherung oder wurde eine beantragt? Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherer ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzweckmäßig und für beide Versicherer unerwünscht.

A. Gesetzliche Krankenversicherung? nein ja, für Person:

B. Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung? (ggf. Erstattungsprozentsatz für Zahnersatz angeben) nein ja, für Person:

C. Private Krankheitskostenvollversicherung bzw. einzelne Tarife? nein ja, für Person:

D. Private Krankenhaustagegeldversicherung? nein ja, für Person:

E. Private Krankentagegeldversicherung? nein ja, für Person:

F. Pflegepflichtversicherung/Pflegezusatzversicherung? nein ja, für Person:

Per-son	Versicherer, Versicherungs-Nummer (auch Continentale und Europa)	Zeitraum	Pflegeversicherung Tarif PVN/PVB seit	Pflege-tagegeld	Krankenhaus-tagegeld	Kranken-tagegeld/ Krankengeld	ab Tag der Arbeits-unfähigkeit
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	EUR	EUR	EUR

Ich beantrage den Erlass der Wartezeiten (für die Pflegeversicherung nicht möglich) für Person:

aufgrund einer ärztlichen Untersuchung. Ein ärztliches Zeugnis wird nachgereicht liegt bei.

wegen Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Nachweis wird nachgereicht liegt bei.

Für die Besonderen Bedingungen „AZ“:

Per-son ist voraus-sichtlich bis _____ Art der Ausbildung _____

_____ Student, zurzeit im _____ Fachsemester

und hat – ausgenommen Ausbildungsvergütung/ Ausbildungsförderung/Praktikanten-/Anwärterbezüge – keine regelmäßigen Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit.

Falls bei der Continentale/Europa krankenversichert:

Stehen noch Rechnungen zur Vorlage aus oder haben Behandlungen stattgefunden, über die keine Rechnungen eingereicht wurden? nein ja Per-son _____

Wenn ja, wer wurde behandelt, wann und wegen welcher Krankheit? _____

Original für die Continentale/Europa Krankenversicherung

Erklärungen und Verbraucherinformationen

1. Allgemeine Versicherungsbedingungen

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife, die mir vor Unterzeichnung des Antrags ausgehändigt, andernfalls spätestens mit dem Versicherungsschein übersandt werden, **erkenne ich an**.

2. Bindefrist

An meinen Antrag, dessen Durchschrift ich nach Unterschriftsleistung erhalte, **bin ich** ab Entgegennahme des Antrags durch den Vermittler **sechs Wochen gebunden**, wenn mir vorher die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit Verbraucherinformationen ausgehändigt wurden.

3. Zustandekommen des Vertrags

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

4. Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt

Nach § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes **muss ich** die Antragsfragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig **beantworten**. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

5. Fälligkeit des ersten Beitrags

Der erste Beitrag wird nicht vor Versicherungsbeginn fällig.

6. Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags

Ich verpflichte mich, alle Veränderungen im Gesundheitszustand sowie hinsichtlich der ausgeübten Tätigkeit und/oder die Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten, dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Das Gleiche gilt für eine zwischenzeitlich beantragte oder abgeschlossene andere Krankenversicherung, eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft und einen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

7. Wartezeiterlass

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

8. Erklärung zur Beitragsermäßigung im Alter (BE)

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

9. Erklärung zur Krankentagegeldversicherung

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

10. Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck **befreie ich** Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie die Beschäftigten in Krankenhäusern und Gesundheitsämtern von ihrer

Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge **ermächtige ich** – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich in Vertragsbeziehungen stand oder stehe, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen **und entbinde** sie insofern von der Schweigepflicht.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 5 Jahre nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z.B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation). Zu diesem Zweck **befreie ich** bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

11. Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

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

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen des Versicherungsverbandes Die Continentale einschließlich der Europa Versicherungen meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personenversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar **willige ich ferner ein**, dass der Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir spätestens mit dem Versicherungsschein und zusammen mit weiteren Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Continentale Krankenversicherung a. G.

Ruhrallee 92-94, 44139 Dortmund
Vorstand: Rolf Bauer (Vorsitzender),
Werner Heinrichs, Heinz Jürgen Scholz, Peter Schumacher
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Horst Hoffmann
Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271

Europa Krankenversicherung AG

Piusstraße 137, 50931 Köln
Vorstand: Rolf Bauer (Vorsitzender),
Dr. Ulrich Heidel, Heinz Jürgen Scholz
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Horst Hoffmann
Sitz der Gesellschaft: Köln
Handelsregister Amtsgericht Köln B 655

Beide Versicherer gehören dem Sicherungsfonds Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln an.
Zuständig für Beschwerden über den Versicherer ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

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

Stand: 01.07.2006

Continental Krankenversicherung a. G.
Direktion: Ruhrallee 92-94, 44139 Dortmund
www.continentale.de



Versicherungs-Anträge

Dieser Vordruck kann mehrere Anträge enthalten. Die abgeschlossenen Versicherungen sind verschiedene, rechtlich selbstständige Versicherungsverträge.

Antragsteller

Frau Herr Firma

Familien- und Vorname/Firma _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Telefon mit Vorwahl, privat* _____ Telefon mit Vorwahl, dienstlich* _____ Staatsangehörigkeit (auch der zu versichernden Personen) _____

*(freiwillige Angaben)

Vertriebspartner (werbend) _____

Vertriebspartner (bestandsführend) _____

Cabrio-Nummer _____

Antragsnummer/ bei Änderungsantrag: Versicherungs-Nummer _____

Wenn der Antragsteller bereits Kunde ist, bitte eine Versicherungs-Nummer angeben. _____

Nur beantworten, wenn für die zu versichernden Personen ein Beihilfeanspruch besteht: Der Beihilfebemessungssatz ist aufgrund eines gewährten bzw. zustehenden Zuschusses reduziert.

für Per-son um _____% um _____% um _____% Person Person

Arbeit-geber-be-schrei-nung ja _____ Kennzahl (siehe unten) _____ Bemessungssatz in % ambulant Zahn stationär _____

Zu versichernde Personen

Per-son	Vorname (und Familienname, wenn er vom Namen des Antragstellers abweicht)	Geburtsdatum	Ge-schlecht	GröÙe cm	Gewicht kg	Derzeitige Tätigkeit(en), durch die der überwiegende Teil des Einkommens erzielt wird
1	_____	_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	_____	_____
2	_____	_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	_____	_____
3	_____	_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	_____	_____
4	_____	_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	_____	_____

Ich beantrage für die zu versichernden Personen – soweit bei den jeweils bezeichneten Tarifen ein Beitrag eingetragen ist – eine

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

Per-son	Tarif	Monatsbeitrag	Tarif	Monatsbeitrag	Tarif	Monatsbeitrag	Tarif	Monatsbeitrag	Monatsbeitrag* je Person	Zuschlag (im Beitrag enthalten)
<input type="checkbox"/>	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	EUR	EUR

*) Bei Tarif CEB-PLUS/CEK-PLUS: ggf. einschließlich 2,56 Euro (CEB-PLUS) bzw. 5,- Euro (CEK-PLUS) Zuschlag für Brillen/Kontaktlinsen.

Weiterer Termin für den Optionstarif AV-P zum _____ oder Ende der Versicherungspflicht/Familienversicherung

monatlicher Gesamtbeitrag _____ EUR

Beitragszahlungsweise 1/ _____ jährlich

Versicherungsbeginn **Vertragsdauer:**
01. _____ Der Vertrag wird für die Dauer eines Versicherungsjahres geschlossen. In der Pflegepflichtversicherung gilt das Kalenderjahr als Versicherungsjahr. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Krankentagegeldversicherung bei der Europa Krankenversicherung AG, Köln

Per-son	Tarif/Tagessatz	Monatsbeitrag	Tarif/Tagessatz	Monatsbeitrag	Tarif/Tagessatz	Monatsbeitrag	Monatsbeitrag je Person	Zuschlag (im Beitrag enthalten)
<input type="checkbox"/>	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	EUR	EUR

Versicherungsbeginn **Vertragsdauer:**
01. _____ Der Vertrag wird für die Dauer eines Versicherungsjahres geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Bei der Ermittlung der Höhe des täglichen Krankentagegeldes ist ein Anteil für Zahlungen an die

Rentenversicherung (weil privat krankenversichert), Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosenversicherung (weil gesetzlich krankenversichert) berücksichtigt.

monatlicher Gesamtbeitrag _____ EUR

Beitragszahlungsweise 1/ _____ jährlich

Erklärungen des Antragstellers für die zu versichernden Personen

Bestand oder besteht eine weitere Versicherung oder wurde eine beantragt?

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

- A. Gesetzliche Krankenversicherung? nein ja, für Person:
- B. Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung? (ggf. Erstattungsprozentsatz für Zahnersatz angeben) nein ja, für Person:
- C. Private Krankheitskostenvollversicherung bzw. einzelne Tarife? nein ja, für Person:
- D. Private Krankenhaustagegeldversicherung? nein ja, für Person:
- E. Private Krankentagegeldversicherung? nein ja, für Person:
- F. Pflegepflichtversicherung/Pflegezusatzversicherung? nein ja, für Person:

Per-son	Versicherer, Versicherungs-Nummer (auch Continentale und Europa)	Zeitraum	Pflegeversicherung Tarif PVN/PVB seit	Pflege-tagegeld	Krankenhaus-tagegeld	Kranken-tagegeld/ Krankengeld	ab Tag der Arbeits-unfähigkeit
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	EUR	EUR	EUR	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	EUR	EUR	EUR	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	EUR	EUR	EUR	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	EUR	EUR	EUR	_____

Ich beantrage den Erlass der Wartezeiten (für die Pflegeversicherung nicht möglich) für Person:

aufgrund einer ärztlichen Untersuchung. Ein ärztliches Zeugnis wird nachgereicht liegt bei.
 wegen Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Nachweis wird nachgereicht liegt bei.

Für die Besonderen Bedingungen „AZ“:

Per-son ist voraus-sichtlich bis _____ Art der Ausbildung _____
 _____ Student, zurzeit im _____ Fachsemester

Falls bei der Continentale/Europa krankenversichert:

Stehen noch Rechnungen zur Vorlage aus oder haben Behandlungen stattgefunden, über die keine Rechnungen eingereicht wurden? nein ja Per-son _____
 Wenn ja, wer wurde behandelt, wann und wegen welcher Krankheit? _____

und hat – ausgenommen Ausbildungsvergütung/ Ausbildungsförderung/Praktikanten-/Anwärterbezüge – keine regelmäßigen Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit.

Erklärungen und Verbraucherinformationen

1. Allgemeine Versicherungsbedingungen

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife, die mir vor Unterzeichnung des Antrags ausgehändigt, andernfalls spätestens mit dem Versicherungsschein übersandt werden, **erkenne ich an**.

2. Bindefrist

An meinen Antrag, dessen Durchschrift ich nach Unterschriftsleistung erhalte, **bin ich** ab Entgegennahme des Antrags durch den Vermittler **sechs Wochen gebunden**, wenn mir vorher die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit Verbraucherinformationen ausgehändigt wurden.

3. Zustandekommen des Vertrags

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

4. Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt

Nach § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes **muss ich** die Antragsfragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig **beantworten**. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

5. Fälligkeit des ersten Beitrags

Der erste Beitrag wird nicht vor Versicherungsbeginn fällig.

6. Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags

Ich verpflichte mich, alle Veränderungen im Gesundheitszustand sowie hinsichtlich der ausgeübten Tätigkeit und/oder die Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten, dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Das Gleiche gilt für eine zwischenzeitlich beantragte oder abgeschlossene andere Krankenversicherung, eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft und einen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

7. Wartezeiterlass

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

8. Erklärung zur Beitragsermäßigung im Alter (BE)

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

9. Erklärung zur Krankentagegeldversicherung

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

10. Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck **befreie ich** Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie die Beschäftigten in Krankenhäusern und Gesundheitsämtern von ihrer

Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge **ermächte ich** – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich in Vertragsbeziehungen stand oder stehe, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen **und entbinde** sie insofern von der Schweigepflicht.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 5 Jahre nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z.B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation). Zu diesem Zweck **befreie ich** bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

11. Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

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

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen des Versicherungsverbandes Die Continentale einschließlich der Europa Versicherungen meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personenversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar **willige ich ferner ein**, dass der Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir spätestens mit dem Versicherungsschein und zusammen mit weiteren Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Continentale Krankenversicherung a. G.

Ruhrallee 92-94, 44139 Dortmund
Vorstand: Rolf Bauer (Vorsitzender),
Werner Heinrichs, Heinz Jürgen Scholz, Peter Schumacher
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Horst Hoffmann
Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271

Europa Krankenversicherung AG

Piusstraße 137, 50931 Köln
Vorstand: Rolf Bauer (Vorsitzender),
Dr. Ulrich Heidel, Heinz Jürgen Scholz
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Horst Hoffmann
Sitz der Gesellschaft: Köln
Handelsregister Amtsgericht Köln B 655

Beide Versicherer gehören dem Sicherungsfonds Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln an.
Zuständig für Beschwerden über den Versicherer ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

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

Stand: 01.07.2006

Continental Krankenversicherung a. G.
Direktion: Ruhrallee 92-94, 44139 Dortmund
www.continentale.de



Versicherungs-Anträge

Dieser Vordruck kann mehrere Anträge enthalten. Die abgeschlossenen Versicherungen sind verschiedene, rechtlich selbstständige Versicherungsverträge.

Antragsteller

Frau Herr Firma
 Familien- und Vorname/Firma _____ Geburtsdatum _____
 Straße, Hausnummer _____
 Postleitzahl _____ Wohnort _____
 Telefon mit Vorwahl, privat* _____ Telefon mit Vorwahl, dienstlich* _____ Staatsangehörigkeit (auch der zu versichernden Personen) _____
 *(freiwillige Angaben)

Vertriebspartner (werbend) _____
 Vertriebspartner (bestandsführend) _____
 Cabrio-Nummer _____
 Antragsnummer/ bei Änderungsantrag: Versicherungs-Nummer _____
 Wenn der Antragsteller bereits Kunde ist, bitte eine Versicherungs-Nummer angeben. _____

Nur beantworten, wenn für die zu versichernden Personen ein Beihilfeanspruch besteht:
 Der Beihilfebemessungssatz ist aufgrund eines gewährten bzw. zustehenden Zuschusses reduziert.

für Per-son um _____% um _____% um _____%
 Kennzahl (siehe unten) Bemessungssatz in % stationär
 Arbeit-geber- beschei- nigung ja _____ ja _____ ja _____ ja _____

Zu versichernde Personen

Per-son	Vorname (und Familienname, wenn er vom Namen des Antragstellers abweicht)	Geburtsdatum	Ge- schlecht	GröÙe cm	Gewicht kg	Derzeitige Tätigkeit(en), durch die der überwiegende Teil des Einkommens erzielt wird	Arbeit-geber- beschei- nigung	Kennzahl (siehe unten)	Bemessungssatz in %	stationär
1	_____	_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____	_____
2	_____	_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____	_____
3	_____	_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____	_____
4	_____	_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja	_____	_____	_____

Ich beantrage für die zu versichernden Personen – soweit bei den jeweils bezeichneten Tarifen ein Beitrag eingetragen ist – eine

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

Per-son	Tarif	Monatsbeitrag	Tarif	Monatsbeitrag	Tarif	Monatsbeitrag	Tarif	Monatsbeitrag	Monatsbeitrag* je Person	Zuschlag (im Beitrag enthalten)
<input type="checkbox"/>	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	EUR	EUR

*) Bei Tarif CEB-PLUS/CEK-PLUS: ggf. einschließlich 2,56 Euro (CEB-PLUS) bzw. 5,- Euro (CEK-PLUS) Zuschlag für Brillen/Kontaktlinsen.

Weiterer Termin für den Optionstarif AV-P zum _____ oder Ende der Versicherungspflicht/Familienversicherung
Versicherungsbeginn **Vertragsdauer:**
 01. _____ Der Vertrag wird für die Dauer eines Versicherungsjahres geschlossen. In der Pflegepflichtversicherung gilt das Kalenderjahr als Versicherungsjahr.
 Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

monatlicher Gesamtbeitrag _____ EUR **Beitragszahlungsweise** 1/ _____ jährlich

Krankentagegeldversicherung bei der Europa Krankenversicherung AG, Köln

Per-son	Tarif/Tagessatz	Monatsbeitrag	Tarif/Tagessatz	Monatsbeitrag	Tarif/Tagessatz	Monatsbeitrag	Monatsbeitrag je Person	Zuschlag (im Beitrag enthalten)
<input type="checkbox"/>	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	EUR	EUR
<input type="checkbox"/>	_____	EUR	_____	EUR	_____	EUR	EUR	EUR

Versicherungsbeginn **Vertragsdauer:**
 01. _____ Der Vertrag wird für die Dauer eines Versicherungsjahres geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

monatlicher Gesamtbeitrag _____ EUR **Beitragszahlungsweise** 1/ _____ jährlich

Bei der Ermittlung der Höhe des täglichen Krankentagegeldes ist ein Anteil für Zahlungen an die

Rentenversicherung (weil privat krankenversichert), Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosenversicherung (weil gesetzlich krankenversichert) berücksichtigt.

Erklärungen des Antragstellers für die zu versichernden Personen

Bestand oder besteht eine weitere Versicherung oder wurde eine beantragt? Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherer ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzweckmäßig und für beide Versicherer unerwünscht.

- A. Gesetzliche Krankenversicherung? nein ja, für Person:
 B. Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung? (ggf. Erstattungsprozentsatz für Zahnersatz angeben) nein ja, für Person:
 C. Private Krankheitskostenvollversicherung bzw. einzelne Tarife? nein ja, für Person:
 D. Private Krankenhaustagegeldversicherung? nein ja, für Person:
 E. Private Krankentagegeldversicherung? nein ja, für Person:
 F. Pflegepflichtversicherung/Pflegezusatzversicherung? nein ja, für Person:

Per-son	Versicherer, Versicherungs-Nummer (auch Continentale und Europa)	Zeitraum	Pflegeversicherung Tarif PVN/PVB seit	Pflege-tagegeld	Krankenhaus-tagegeld	Kranken-tagegeld/ Krankengeld	ab Tag der Arbeits-unfähigkeit
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	EUR	EUR	EUR	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	EUR	EUR	EUR	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	EUR	EUR	EUR	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	EUR	EUR	EUR	_____

Ich beantrage den Erlass der Wartezeiten (für die Pflegeversicherung nicht möglich) für Person:

- aufgrund einer ärztlichen Untersuchung. Ein ärztliches Zeugnis wird nachgereicht liegt bei.
 wegen Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Nachweis wird nachgereicht liegt bei.

Falls bei der Continentale/Europa krankenversichert:
 Stehen noch Rechnungen zur Vorlage aus oder haben Behandlungen stattgefunden, über die keine Rechnungen eingereicht wurden?
 Wenn ja, wer wurde behandelt, wann und wegen welcher Krankheit?

Per-son	nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für die Besonderen Bedingungen „AZ“:

Per-son ist voraus-sichtlich bis _____ Art der Ausbildung _____

_____ Student, zurzeit im _____ Fachsemester

und hat – ausgenommen Ausbildungsvergütung/ Ausbildungsförderung/Praktikanten-/Anwärterbezüge – keine regelmäßigen Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit.

Erklärungen des Antragstellers für die zu versichernden Personen (nur für Krankentagegeldversicherung)

A. Person ist selbstständig: ja, nein, und zwar mitarbeitend tätig: ja, nein, nur aufsichtsführend tätig: ja, nein, als niedergelassener Arzt, Zahnarzt, Tierarzt in eigener Praxis tätig: ja, nein, seit dem Eintragung im Handelsregister: ja, nein, am Anzahl Arbeitnehmer: Gewerbeanmeldung / Zulassung: ja, nein,

B. Höhe der durchschnittlichen monatlichen Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit (Nettoeinkommen bei Arbeitnehmern / 75% vom Gewinn bei Selbstständigen / 75% der Betriebseinnahmen bei Ärzten): Person EUR, Person EUR. Gehalts- / Lohnfortzahlung sowie sonstige Zahlungen des Arbeitgebers bei einer Arbeitsunfähigkeit (Dauer / Betrag / % vom Nettoeinkommen, gegebenenfalls Staffelung angeben):

C. Zeiten von Arbeitsunfähigkeit in den letzten 3 Jahren: nein ja und zwar Wegen folgender Erkrankungen / Unfallfolgen:

Selbstauskunft zum Gesundheitszustand der zu versichernden Personen (wenn die zu versichernden Personen über 16 Jahre alt sind: bitte eigenhändig ausfüllen)

A. Fanden in den letzten 3 Jahren (bei Tarif CB/CBB 5 Jahre) Untersuchungen oder Behandlungen statt? Wenn ja, welche, wann, wegen welcher Beschwerden, was wurde festgestellt (auch Pflegebedürftigkeit und Schwangerschaft), wer kann Auskunft geben? nein ja Person

B. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte statt? nein ja Person

C. Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angedenkt oder durchgeführt? nein ja Person

D. Bestehen Krankheiten, Behinderungen, Beschwerden, die nicht behandelt wurden (auch unerfüllter Kinderwunsch) oder sind noch Maßnahmen (z. B. stationäre Behandlung, Operation, Kur, Hyposensibilisierung) vorgesehen? nein ja Person

E. Bestanden oder bestehen behördlich anerkannte gesundheitliche Schäden? Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Bescheides beifügen. nein ja Person

F. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch einen AIDS-Test)? nein ja Person

G. Wird eine Brille oder werden Kontaktlinsen getragen? Wenn ja, bitte Dioptrienwerte (links/rechts) ab +/- 6 Dioptrien angeben. nein ja Person

Nur beantworten, wenn die beantragte Versicherung Zahnleistungen oder eine Option auf Zahnleistung vorsieht:

H. Fehlen Zähne (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne), die nicht ersetzt sind? Wenn ja, bitte Anzahl angeben. nein ja Person

I. Ist das Gebiss mit künstlichen Zähnen, Brücken, Kronen, Zahnprothesen versorgt, die älter als 10 Jahre sind? Wenn ja, bitte Anzahl der so versorgten Zähne angeben. nein ja Person

J. Ist zahnärztliche/kieferorthopädische Behandlung angedenkt worden oder wurde eine Behandlung begonnen? Wenn ja, was ist angedenkt worden, wer kann Auskunft geben? nein ja Person

Nur beantworten, wenn der Tarif CB/CBB beantragt wird:

K. Fanden jemals stationäre Aufenthalte statt? Wenn ja, bitte Diagnose und Zeitraum angeben. nein ja Person

Nur beantworten, wenn die Frage G mit ja beantwortet wurde und der Tarif CEB-PLUS/CEK-PLUS beantragt wird:

L. Wenn eine Brille oder Kontaktlinsen erforderlich sind (siehe oben G), erkläre ich mich damit einverstanden, dass Leistungen für Brillen/Kontaktlinsen gegen Entrichtung eines Beitragszuschlages von 2,56 Euro (CEB-PLUS) bzw. 5,- Euro (CEK-PLUS) mitversichert sind. für Brillen/Kontaktlinsen kein Versicherungsschutz besteht.

Zu den mit ja beantworteten Fragen bitte unter Angabe der zu versichernden Person und der Frage nähere Angaben machen (Art der Beschwerden einschließlich Operationen, Folgeerscheinungen oder Behinderungen, Fremdkörper nach Operationen, Diagnose, Beginn und Ende der Behandlung, verordnete Medikamente und Dosierung, Entbindungstermin, Anschriften von Ärzten, Zahnärzten, sonstigen Behandlern, Krankenhäusern, Sanatorien usw.).

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

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

Nachzumelden sind bis zur Antragsannahme noch eintretende Veränderungen (siehe „Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags“ auf der Rückseite). 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.

Erklärung zum Beitragseinzug und zur Leistungsauszahlung

Die Beiträge sind bis auf Widerruf von meinem Girokonto einzuziehen. Die Leistungen sollen auf dieses Konto überwiesen werden.

Konto-Nummer Bankleitzahl Name und Ort des Geldinstituts

Name und Unterschrift des Kontoinhabers, falls der Antragsteller nicht selbst Kontoinhaber ist

Empfangsbestätigung

Hiermit bestätige ich, dass mir vor Unterzeichnung des Antrags die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife mit Verbraucherinformationen ausgehändigt worden sind.

Unterschrift des Antragstellers

Hinweis für den Antragsteller und die zu versichernden Personen

Bevor Sie die Anträge unterschreiben, lesen Sie bitte die Erklärungen und Verbraucherinformationen auf der Rückseite. Sie enthalten unter anderem eine Ermächtigung zur Entbindung von der Schweigepflicht und eine Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz. Mit Ihrer Unterschrift, die für alle beantragten Versicherungen gilt, machen Sie die Erklärungen zum Inhalt der Anträge.

Ort, Datum Unterschriften: Antragsteller, zu versichernde Personen über 16 Jahre, gesetzliche Vertreter Unterschrift des Vermittler

Kennzahlen für das gültige Beihilferecht

01 = Bundesbeihilfe	11 = Baden-Württemberg	31 = Brandenburg	16 = Hessen	17 = Niedersachsen	20 = Saarland	21 = Schleswig-Holstein
98 = Freie Heilfürsorge des Bundes	12 = Bayern	14 = Bremen	32 = Mecklenburg-Vorpommern	18 = Nordrhein-Westfalen	33 = Sachsen	35 = Thüringen
	13 = Berlin	15 = Hamburg		19 = Rheinland-Pfalz	34 = Sachsen-Anhalt	

Erklärungen und Verbraucherinformationen

1. Allgemeine Versicherungsbedingungen

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife, die mir vor Unterzeichnung des Antrags ausgehändigt, andernfalls spätestens mit dem Versicherungsschein übersandt werden, **erkenne ich an**.

2. Bindefrist

An meinen Antrag, dessen Durchschrift ich nach Unterschriftsleistung erhalte, **bin ich** ab Entgegennahme des Antrags durch den Vermittler **sechs Wochen gebunden**, wenn mir vorher die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit Verbraucherinformationen ausgehändigt wurden.

3. Zustandekommen des Vertrags

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

4. Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt

Nach § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes **muss ich** die Antragsfragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig **beantworten**. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

5. Fälligkeit des ersten Beitrags

Der erste Beitrag wird nicht vor Versicherungsbeginn fällig.

6. Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags

Ich verpflichte mich, alle Veränderungen im Gesundheitszustand sowie hinsichtlich der ausgeübten Tätigkeit und/oder die Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten, dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Das Gleiche gilt für eine zwischenzeitlich beantragte oder abgeschlossene andere Krankenversicherung, eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft und einen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

7. Wartezeiterlass

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

8. Erklärung zur Beitragsermäßigung im Alter (BE)

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

9. Erklärung zur Krankentagegeldversicherung

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

10. Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck **befreie ich** Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie die Beschäftigten in Krankenhäusern und Gesundheitsämtern von ihrer

Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge **ermächtige ich** – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich in Vertragsbeziehungen stand oder stehe, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen **und entbinde** sie insofern von der Schweigepflicht.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 5 Jahre nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z.B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation). Zu diesem Zweck **befreie ich** bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

11. Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

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

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen des Versicherungsverbandes Die Continentale einschließlich der Europa Versicherungen meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personenversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar **willige ich ferner ein**, dass der Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir spätestens mit dem Versicherungsschein und zusammen mit weiteren Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Continentale Krankenversicherung a. G.

Ruhrallee 92-94, 44139 Dortmund
Vorstand: Rolf Bauer (Vorsitzender),
Werner Heinrichs, Heinz Jürgen Scholz, Peter Schumacher
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Horst Hoffmann
Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271

Europa Krankenversicherung AG

Piusstraße 137, 50931 Köln
Vorstand: Rolf Bauer (Vorsitzender),
Dr. Ulrich Heidel, Heinz Jürgen Scholz
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Horst Hoffmann
Sitz der Gesellschaft: Köln
Handelsregister Amtsgericht Köln B 655

Beide Versicherer gehören dem Sicherungsfonds Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln an.
Zuständig für Beschwerden über den Versicherer ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.