

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 **musst du** 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 Person, die bis zur Annahme des 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. Wartezeitverlass

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

8. 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 veranlassenden 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.

9. 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 Versicherungsverbundes 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

Zuständig für Beschwerden über den Versicherer ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Beiträge CEZ/1:

Eintritts- alter	Männer	Frauen	Eintritts- alter	Männer	Frauen	Eintritts- alter	Männer	Frauen
0 - 15	0,04	0,04	36	0,53	0,67	51	0,70	0,83
16 - 20	0,06	0,06	37	0,54	0,69	52	0,70	0,84
21	0,31	0,42	38	0,55	0,70	53	0,71	0,85
22	0,32	0,44	39	0,56	0,71	54	0,72	0,85
23	0,33	0,45	40	0,58	0,73	55	0,73	0,85
24	0,35	0,47	41	0,59	0,74	56	0,73	0,86
25	0,36	0,49	42	0,60	0,75	57	0,74	0,86
26	0,38	0,50	43	0,61	0,76	58	0,75	0,86
27	0,39	0,52	44	0,63	0,77	59	0,75	0,86
28	0,41	0,54	45	0,64	0,78	60	0,75	0,86
29	0,42	0,56	46	0,65	0,79	61	0,76	0,87
30	0,44	0,57	47	0,66	0,80	62	0,76	0,87
31	0,45	0,59	48	0,67	0,81	63	0,76	0,87
32	0,47	0,61	49	0,68	0,82	64	0,77	0,87
33	0,48	0,62	50	0,69	0,83	65	0,75	0,85
34	0,50	0,64						
35	0,51	0,66						

Multiplizieren Sie einfach den in der Tabelle aufgeführten Beitrag mit Ihrer gewünschten Tarifstufe. Eine Tarifstufe umfasst 5 % der GKV-Regelversorgung. **Es ist mindestens die Tarifstufe CEZ/3 abzuschließen.**

Beiträge CEZK:

Eintritts- alter	Männer	Frauen	Eintritts- alter	Männer	Frauen	Eintritts- alter	Männer	Frauen
0 - 15	0,36	0,36	36	11,45	14,72	51	14,98	18,64
16 - 20	1,96	2,38	37	11,68	14,92	52	15,19	18,87
21	8,82	9,99	38	11,92	15,13	53	15,39	19,06
22	8,93	10,45	39	12,15	15,35	54	15,58	19,22
23	9,04	10,89	40	12,38	15,58	55	15,76	19,36
24	9,17	11,31	41	12,62	15,82	56	15,94	19,49
25	9,30	11,72	42	12,86	16,07	57	16,10	19,59
26	9,45	12,10	43	13,11	16,34	58	16,25	19,68
27	9,60	12,47	44	13,36	16,61	59	16,39	19,74
28	9,77	12,81	45	13,60	16,89	60	16,52	19,80
29	9,95	13,13	46	13,84	17,18	61	16,63	19,86
30	10,13	13,43	47	14,08	17,48	62	16,73	19,91
31	10,33	13,70	48	14,32	17,78	63	16,81	19,96
32	10,54	13,94	49	14,55	18,09	64	16,87	20,00
33	10,76	14,15	50	14,77	18,38	65	16,67	19,71
34	10,99	14,33						
35	11,22	14,52						

Es berät Sie:

Gesundheit beginnt mit den Zähnen.

Die Zahn-Ergänzung der Continentale für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

Zahnersatz auf GKV-Niveau

Ihre Situation:

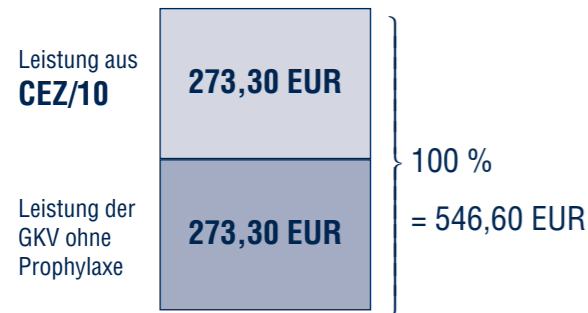
Sie sind Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung und die Regelversorgung reicht Ihnen aus. Einen Eigenanteil möchten Sie nicht haben.

Unsere Lösung:

Mit dem Tarif CEZ können Sie zusammen mit der GKV die Regelversorgung zu 100 % absichern. Im Tarif CEZ gibt es keine Zahnstaffel und keine Summenbegrenzung!

Beispiel:

Ein fehlender Backenzahn wird durch eine 3-gliedrige Brücke bestehend aus zwei Kronen und einem Brückenglied ersetzt. Zwei Zähne müssen abgeschliffen und überkront werden. Die Kosten betragen im Rahmen der Regelversorgung 546,60 EUR.



Regelversorgung zu 100 %

Privatpatient bei Zahnersatz

Ihre Situation:

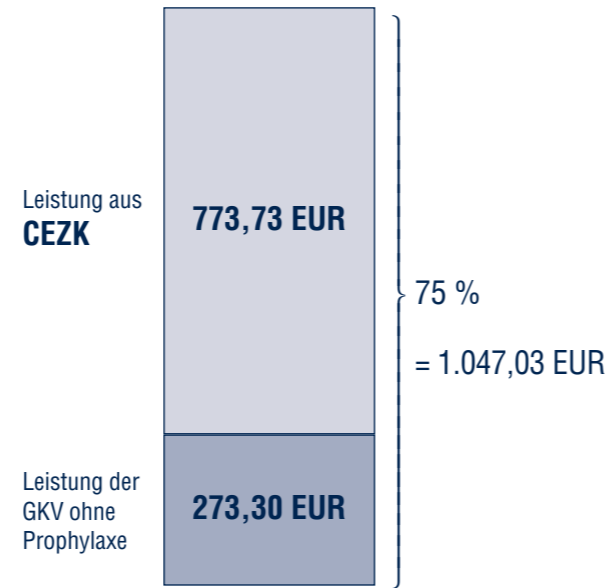
Sie sind Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung und Zahnersatz auf GKV-Niveau reicht Ihnen **nicht** aus. Sie möchten auch eine höherwertige/andersartige Versorgung mit Zahnersatz.

Unsere Lösung:

Mit dem Tarif CEZK können Sie zusammen mit der GKV die privat-zahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz zu 75 % absichern. Im Tarif CEZK gibt es keine Zahnstaffel und keine Summenbegrenzung!

Beispiel:

Ein fehlender Backenzahn wird durch ein Implantat ersetzt. Die beiden Zähne rechts und links davon bleiben in vollem Umfang erhalten. Die Kosten betragen 1.396,04 EUR.



Privatzahnärztliche Versorgung zu 75 %

Versicherungs-Antrag

Antragsteller		Interne Vermerke	
<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Firma	Vertriebspartner (werbend)
Familien- und Vorname/Firma		_____	
Straße, Hausnummer		(bestandsführend)	
_____		_____	
Postleitzahl	Wohnort	Cabrio-Nr.	
_____	_____	_____	
Telefon (Freiwillige Angabe)	Geburtsdatum	_____	
_____	_____	_____	

Zu versichernde Personen				
Per-son	Vorname (und Familienname, wenn er vom Namen des Antragstellers abweicht)	Berufliche Tätigkeit	Geburtsdatum	Ge-schlecht
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 zum 1. _____ für die angegebenen Personen den Abschluss einer

Krankenversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund					
Per-son	Tarif	Monatsbeitrag	Per-son	Tarif	Monatsbeitrag
<input type="checkbox"/>	CEZ/	EUR	<input type="checkbox"/>	CEZK	EUR
<input type="checkbox"/>	CEZ/	EUR	<input type="checkbox"/>	CEZK	EUR
<input type="checkbox"/>	CEZ/	EUR	<input type="checkbox"/>	CEZK	EUR
<input type="checkbox"/>	CEZ/	EUR	<input type="checkbox"/>	CEZK	EUR
Monatsbeitrag gesamt					EUR

Erklärungen des Antragstellers für die zu versichernden Personen

Andere private Krankenersicherung mit Leistungen für Zahnersatz besteht oder wurde beantragt

nein ja, Versicherer, Art und Erstattungsprozentsatz:

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.

Für die Besonderen Bedingungen „AZ“

Per-son sichtlich bis _____ Art der Ausbildung _____ und hat – ausgenommen Ausbildungsvergütung/-förderung/Praktikanten-/Anwärterbezüge – keine regelmäßigen Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit.

Vertragsdauer, Beitragszahlungsweise, Erklärung zum Beitragseinzug und zur Leistungsauszahlung

Vertragsdauer _____ Der Vertrag wird für die Dauer eines Versicherungsjahres geschlossen. Beitragszahlungsweise _____ Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. 1/ _____ jährlich

Die Beiträge sind bis auf Widerruf von meinem Girokonto einzuziehen. Die Leistungen sollen auf dieses Konto überwiesen werden, wenn kein Konto für Leistungsauszahlungen mitgeteilt wird.

Konto-Nummer _____ Bankleitzahl _____ Geldinstitut _____

Familienname, Vorname, Anschrift und Unterschrift des Kontoinhabers, falls der Antragsteller nicht selbst Kontoinhaber ist.

Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Personen

- A. Fehlen Zähne (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne), die nicht ersetzt sind? Wenn ja, bitte Anzahl angeben. ja nein
- B. Ist das Gebiss mit künstlichen Zähnen, Brücken, Kronen, Zahnprothesen versorgt, die älter als 10 Jahre sind? Wenn ja, bitte die Anzahl der so versorgten Zähne angeben. ja nein
- C. Ist zahnärztliche/kieferorthopädische Behandlung angeraten worden oder wurde eine Behandlung begonnen? Wenn ja, was ist angeraten worden, wer kann Auskunft geben? ja nein

Zu den mit ja beantworteten Fragen bitte **unter Angabe der zu versichernden Person und der Frage** nähere Angaben machen (Anzahl fehlender bzw. mit Zahnersatz versorgter Zähne, was ist angeraten worden, wer kann Auskunft geben, Diagnose, Beginn und Ende der Behandlung).

Per-son	Frage
<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 Rückseite, Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags). 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.

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 den Antrag 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 machen Sie die Erklärungen zum Inhalt des Antrags.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Antragstellers _____

Unterschriften der zu versichernden Personen über 16 Jahre _____

Unterschriften der gesetzlichen Vertreter _____

Antragsnummer/bei Änderung: Versicherungsnummer _____

Unterschrift des Vermittlers _____

Versicherungs-Antrag

Antragsteller

Frau Herr Firma

Familien- und Vorname/Firma

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Telefon (Freiwillige Angabe)

Geburtsdatum

Interne Vermerke

Vertriebspartner
(werbend)

(bestandsführend)

Cabrio-Nr.

Zu versichernde Personen

Person	Vorname (und Familienname, wenn er vom Namen des Antragstellers abweicht)	Berufliche Tätigkeit	Geburtsdatum	Geschlecht
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 zum 1. _____ für die angegebenen Personen den Abschluss einer

Krankenversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund

Bei Kindern und Jugendlichen bis zu 20 Jahren ist der Tarif CEZ nur bei Mitversicherung einer erwachsenen Person möglich.

Person	Tarif	Monatsbeitrag	Person	Tarif	Monatsbeitrag
<input type="checkbox"/>	CEZ/	EUR	<input type="checkbox"/>	CEZK	EUR
<input type="checkbox"/>	CEZ/	EUR	<input type="checkbox"/>	CEZK	EUR
<input type="checkbox"/>	CEZ/	EUR	<input type="checkbox"/>	CEZK	EUR
<input type="checkbox"/>	CEZ/	EUR	<input type="checkbox"/>	CEZK	EUR

Monatsbeitrag gesamt _____ EUR

Erklärungen des Antragstellers für die zu versichernden Personen

Andere private Krankenkassenversicherung mit Leistungen für Zahnersatz besteht oder wurde beantragt

nein ja, Versicherer, Art und Erstattungsprozentsatz:

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.

Für die Besonderen Bedingungen „AZ“

Person ist voraussichtlich bis _____ Art der Ausbildung _____ und hat –ausgenommen Ausbildungsvergütung/-förderung/Praktikanten-/Anwärterbezüge – keine regelmäßigen Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit.

Vertragsdauer, Beitragszahlungsweise, Erklärung zum Beitragseinzug und zur Leistungsauszahlung

Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer eines Versicherungsjahres geschlossen.

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

Beitragszahlungsweise

1/ _____ jährlich

Die Beiträge sind bis auf Widerruf von meinem Girokonto einzuziehen. Die Leistungen sollen auf dieses Konto überwiesen werden, wenn kein Konto für Leistungsauszahlungen mitgeteilt wird.

Konto-Nummer Bankleitzahl Geldinstitut

Familienname, Vorname, Anschrift und Unterschrift des Kontoinhabers, falls der Antragsteller nicht selbst Kontoinhaber ist.

Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Personen

- A. Fehlen Zähne (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne), die nicht ersetzt sind? Wenn ja, bitte Anzahl angeben. ja nein
- B. Ist das Gebiss mit künstlichen Zähnen, Brücken, Kronen, Zahnprothesen versorgt, die älter als 10 Jahre sind? Wenn ja, bitte die Anzahl der so versorgten Zähne angeben. ja nein
- C. Ist zahnärztliche/kieferorthopädische Behandlung angedacht worden oder wurde eine Behandlung begonnen? Wenn ja, was ist angedacht worden, wer kann Auskunft geben? ja nein

Zu den mit ja beantworteten Fragen bitte **unter Angabe der zu versichernden Person und der Frage** nähere Angaben machen (Anzahl fehlender bzw. mit Zahnersatz versorgter Zähne, was ist angedacht worden, wer kann Auskunft geben, Diagnose, Beginn und Ende der Behandlung).

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"/>	_____

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 Rückseite, Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags).
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.

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 den Antrag 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 machen Sie die Erklärungen zum Inhalt des Antrags.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschriften der zu versichernden Personen über 16 Jahre

Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

Antragsnummer/bei Änderung: Versicherungsnummer

Unterschrift des Vermittlers

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 **musst du** 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 Person, die bis zur Annahme des 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 zahnärztlichen Untersuchung beantragt habe, **übernehme ich** die Untersuchungskosten. Geht das zahnärztliche Zeugnis nicht innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung beim Versicherer ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

8. 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 veranlassenen 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.

9. 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 Versicherungsbundes 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.

Continental 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

Zuständig für Beschwerden über den Versicherer ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Versicherungs-Antrag

Antragsteller

Frau Herr Firma

Familien- und Vorname/Firma

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Telefon (Freiwillige Angabe) Geburtsdatum

Interne Vermerke

Vertriebspartner (werbend)

(bestandsführend)

Cabrio-Nr.

Zu versichernde Personen				
Person	Vorname (und Familienname, wenn er vom Namen des Antragstellers abweicht)	Berufliche Tätigkeit	Geburtsdatum	Geschlecht
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 zum 1. _____ für die angegebenen Personen den Abschluss einer

Krankenversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund					
Person	Tarif	Monatsbeitrag	Person	Tarif	Monatsbeitrag
<input type="checkbox"/>	CEZ/	EUR	<input type="checkbox"/>	CEZK	EUR
<input type="checkbox"/>	CEZ/	EUR	<input type="checkbox"/>	CEZK	EUR
<input type="checkbox"/>	CEZ/	EUR	<input type="checkbox"/>	CEZK	EUR
<input type="checkbox"/>	CEZ/	EUR	<input type="checkbox"/>	CEZK	EUR
Monatsbeitrag gesamt					EUR

Erklärungen des Antragstellers für die zu versichernden Personen

Andere private Krankenersicherung mit Leistungen für Zahnersatz besteht oder wurde beantragt

nein ja, Versicherer, Art und Erstattungsprozentsatz:

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.

Für die Besonderen Bedingungen „AZ“

Person ist voraussichtlich bis _____ Art der Ausbildung _____ und hat –ausgenommen Ausbildungsvergütung/-förderung/Praktikanten-/Anwärterbezüge – keine regelmäßigen Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit.

Student und zurzeit im _____ Fachsemester

Vertragsdauer, Beitragszahlungsweise, Erklärung zum Beitragseinzug und zur Leistungsauszahlung

Vertragsdauer

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

Beitragszahlungsweise 1/ _____ jährlich

Die Beiträge sind bis auf Widerruf von meinem Girokonto einzuziehen. Die Leistungen sollen auf dieses Konto überwiesen werden, wenn kein Konto für Leistungsauszahlungen mitgeteilt wird.

Konto-Nummer Bankleitzahl Geldinstitut

Familienname, Vorname, Anschrift und Unterschrift des Kontoinhabers, falls der Antragsteller nicht selbst Kontoinhaber ist.

Angaben zum Gesundheitszustand der zu versichernden Personen

- A. Fehlen Zähne (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne), die nicht ersetzt sind? Wenn ja, bitte Anzahl angeben. ja nein
- B. Ist das Gebiss mit künstlichen Zähnen, Brücken, Kronen, Zahnprothesen versorgt, die älter als 10 Jahre sind? Wenn ja, bitte die Anzahl der so versorgten Zähne angeben. ja nein
- C. Ist zahnärztliche/kieferorthopädische Behandlung angeraten worden oder wurde eine Behandlung begonnen? Wenn ja, was ist angeraten worden, wer kann Auskunft geben? ja nein

Zu den mit ja beantworteten Fragen bitte **unter Angabe der zu versichernden Person und der Frage** nähere Angaben machen (Anzahl fehlender bzw. mit Zahnersatz versorgter Zähne, was ist angeraten worden, wer kann Auskunft geben, Diagnose, Beginn und Ende der Behandlung).

Person Frage

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

Nachzumelden sind bis zur Antragsannahme noch eintretende Veränderungen (siehe Rückseite, Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags). 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.

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 den Antrag 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 machen Sie die Erklärungen zum Inhalt des Antrags.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschriften der zu versichernden Personen über 16 Jahre

Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

Antragsnummer/bei Änderung: Versicherungsnummer

Unterschrift des Vermittlers

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 **musst du** 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 Person, die bis zur Annahme des 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 zahnärztlichen Untersuchung beantragt habe, **übernehme ich** die Untersuchungskosten. Geht das zahnärztliche Zeugnis nicht innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung beim Versicherer ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

8. 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.

9. 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 Versicherungsbundes 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.

Continental 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

Zuständig für Beschwerden über den Versicherer ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.