

Risikovorfrage zum Abschluss einer Kranken-, Pflege- und Krankentagegeldversicherung vom _____

Angaben zum Versicherungsnehmer

Nachname Frau Herr Divers Vorname Geburtsdatum

Zu versichernde Person

Nachname Frau Herr Divers Vorname Geburtsdatum

Es wird Versicherungsschutz nach folgenden Tarifen gewünscht

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

Versicherungsbeginn

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 Krankheitskostenver-

sicherung 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.

Angaben zum Gesundheitszustand

PERSON

Größe / Gewicht cm / kg

- A. Fanden in den letzten 3 Jahren Untersuchungen, Behandlungen oder Verordnungen von Medikamenten statt?
Wenn ja, welche, wann, wegen welcher Beschwerden, was wurde festgestellt (auch Pflegebedürftigkeit und Schwangerschaft), wer kann Auskunft geben? nein ja
- B. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte statt? nein ja
- C. Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angedacht oder durchgeführt? nein ja
- D. Bestehen Krankheiten oder Beschwerden, die nicht behandelt wurden (auch unerfüllter Kinderwunsch) oder sind noch Maßnahmen (z. B. stationäre Behandlung, Operation, Kur, Hyposensibilisierung) vorgesehen oder angedacht? nein ja
- E. Besteht Hilfsmittelbedarf oder bestehen Defizite körperlicher oder geistiger Art? nein ja
- F. Bestanden oder bestehen behördlich anerkannte gesundheitliche Schäden?
Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Bescheides beifügen. nein ja
- G. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)? nein ja
- H. Wird eine Sehhilfe (z. B. Brille, Kontaktlinsen) getragen bzw. ist eine solche angedacht?
Wenn ja, bitte die Dioptrienwerte (links/rechts) ab +/- 6 Dioptrien angeben. nein ja,
li. re.

Nur beantworten, wenn die gewünschte Versicherung Zahnleistungen oder eine Option auf Zahnleistung vorsieht bzw. die kleine Anwartschaft YK1 gewünscht wird. Bei einem Eintrittsalter von bis zu 18 Jahren müssen lediglich die Fragen J. und L. beantwortet werden:

- J. Fehlen Zähne, die nicht ersetzt sind (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne)? Wenn ja, bitte Anzahl angeben. nein Anzahl
- K. Ist das Gebiss mit herausnehmbarem und/oder feststehendem Zahnersatz (z. B. Brücken, Kronen, Zahnprothesen) versorgt, der älter als 10 Jahre ist? Wenn ja, bitte die Anzahl der so versorgten Zähne (bei Brücken auch die Anzahl der überkronen Nachbarzähne) angeben. nein Anzahl
- L. Sind zahnärztliche/kieferorthopädische Behandlungen (z. B. Inlays, Parodontosebehandlung, Zahnersatz oder Implantate) notwendig, angedacht oder wurden solche begonnen bzw. fanden in den letzten 12 Monaten Parodontosebehandlungen/ Zahnfleischerkrankungen statt? Wenn ja, welche Behandlungen, wer kann Auskunft geben? nein ja

Nur zu beantworten für Personen (Eintrittsalter größer 18 Jahren), die den Tarif CEZE/CEZP-U/CEZP/CEZK-U/CEZK, den Optionstarif YO1 oder einen Anspruch auf Leistungen der GKV haben und eine Option auf Zahnleistung wünschen:

- M. Sind Zähne mit herausnehmbarem Zahnersatz versorgt?
Wenn ja, bitte die Anzahl der Zähne und das Alter des Zahnersatzes angeben. nein ja

Nur zu beantworten, wenn die Tarife OPTION-P, OPTION-G, PG-K-plus, PG-K, PG-E, PG-C bzw. PZ-U gewünscht werden. Wird gleichzeitig erstmals eine Versicherung beantragt, welche die Pflicht zur Versicherung nach § 193 VVG erfüllt, so ist die Frage nicht zu beantworten.

- N. Sind Sie werdender Elternteil oder beabsichtigen Sie die Adoption eines Kindes?
Wenn ja, bitte den Geburtstermin laut Mutterpass oder den beabsichtigten Adoptionstermin angeben. nein ja

Zu den mit ja beantworteten Fragen bitte **unter Angabe 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 feststehendem Zahnersatz versorgter Zähne, AU Tage, Anschriften von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Kur/Rehakliniken, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, usw.).

Zu Frage

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

Angaben zur Vorversicherung

Bestand in den letzten 24 Monaten vor der Antragstellung eine inländische oder ausländische gesetzliche oder private Krankenversicherung, die der Pflicht zur Versicherung genügt? Ja Nein

Bei ja, bitte nähere Angaben machen.

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

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

Nachname des Antragstellers	Vorname des Antragstellers	Geburtsdatum des Antragstellers
Nachname der zu versichernden Person	Vorname der zu versichernden Person	Geburtsdatum der zu versichernden Person

Zur Bearbeitung Ihrer Risikovorfrage sowie für eine spätere Durchführung Ihres 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.

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

Für die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten bei der Risikobeurteilung im Rahmen der Risikovorfrage benötigen wir Ihre Einwilligungserklärung.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. und mein Versicherungsvermittler die von mir im Zusammenhang mit dieser Risikovorfrage und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Risikoprüfung im Rahmen der Risikovorfrage erforderlich ist.

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

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und an Stellen außerhalb der Continentale Krankenversicherung a.G.

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

2.1. Übertragung von Aufgaben auf Dienstleister

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

Für die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch einige Dienstleister benötigen wir Ihre Einwilligung. Wir führen eine fortlaufende aktualisierte Liste über Dienstleister und Kategorien von Dienstleistern, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültigen Datenschutzhinweise finden Sie im Internet unter www.continentale.de/datenschutz. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Dienstleister bitten wir Sie um Ihre Einwilligung.

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

2.2 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Im Zusammenhang mit dieser Risikovorfrage und soweit es zu Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) und mit welchem Inhalt ein Versicherungsvertrag mit Ihnen angenommen werden kann.

Für die Datenweitergabe in diesen Fällen benötigen wir Ihre Einwilligung. Die Einwilligung gilt auch für die Übermittlung von Gesundheitsdaten an Dienstleistungsgesellschaften, die vom Versicherungsvermittler für die Entgegennahme von Daten beauftragt sind. Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsvermittler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvermittler ein.

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

3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten nach Abschluss der Risikoprüfung

Wir und Ihr Versicherungsvermittler speichern Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie zu einem späteren Zeitpunkt Versicherungsschutz beantragen. Die Risikoprüfung gilt auch als abgeschlossen, wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen. Kommt im Anschluss ein Versicherungsvertrag mit Ihnen zustande, speichern wir Ihre Gesundheitsdaten zu Vertragszwecken.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G., mein Versicherungsvermittler und Dienstleister von Versicherungsvermittlern meine Gesundheitsdaten – nach Abschluss der Risikoprüfung – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Risikovorfrage zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Ich bin einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten – wenn ein Vertrag mit mir zustande kommt – über den zuvor genannten Zeitraum hinaus zu Vertragszwecken gespeichert werden.

4. Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Ohne die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist die Prüfung und weitere Bearbeitung der Risikovorfrage nicht möglich. **Widerrufen Sie Ihre Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt, ist eine weitere Prüfung und Bearbeitung Ihrer Risikovorfrage nicht mehr möglich.**

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.

<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift Antragsteller/in
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift der zu versichernden Person ab 16 Jahren
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
		ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

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,
 Dr. Thomas Niemöller, Alf N. Schlegel
 Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer
 Sitz der Gesellschaft: Dortmund
 Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271
 USt-ID-Nr.: DE 124 906 368