

## Risikovorfrage zum Abschluss einer Kranken-, Pflege- und Krankentagegeldversicherung vom \_\_\_\_\_

### Angaben zum Versicherungsnehmer

Nachname  Frau  Herr  Vorname  Geburtsdatum

### Zu versichernde Person

Nachname  Frau  Herr  Vorname  Geburtsdatum

### Es wird Versicherungsschutz nach folgenden Tarifen gewünscht

Tarif  Tarif

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 Krankheitskos-

tenversicherung 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

|   |                 |   |
|---|-----------------|---|
|   | Größe / Gewicht | PERSON 1<br>[ ] cm / [ ] kg   |
| 1. Fanden in den letzten 3 Jahren Untersuchungen, Behandlungen oder Verordnungen von Medikamenten statt?<br>Wenn ja, welche, wann, wegen welcher Beschwerden, was wurde festgestellt<br>(auch Pflegebedürftigkeit und Schwangerschaft), wer kann Auskunft geben?  |                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                     |
| 2. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte statt?   |                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                     |
| 3. Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt?  |                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                     |
| 4. Bestehen Krankheiten oder Beschwerden, die nicht behandelt wurden (auch unerfüllter Kinderwunsch) oder sind noch Maßnahmen (z. B. stationäre Behandlung, Operation, Kur, Hyposensibilisierung) vorgesehen oder angeraten?  |                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                     |
| 5. Besteht Hilfsmittelbedarf oder bestehen Defizite körperlicher oder geistiger Art?  |                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                     |
| 6. Bestanden oder bestehen behördlich anerkannte gesundheitliche Schäden?<br>Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Bescheides beifügen.  |                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                     |
| 7. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?  |                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                     |
| 8. Wird eine Sehhilfe (z. B. Brille, Kontaktlinsen) getragen bzw. ist eine solche angeraten?<br>Wenn ja, bitte die Dioptrienwerte (links/rechts) ab +/- 6 Dioptrien angeben.  |                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,<br>li. [ ] re. [ ] |
| 9. Fehlen Zähne, die nicht ersetzt sind (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne)? Wenn ja, bitte Anzahl angeben.   |                 | <input type="checkbox"/> nein [ ]<br>Anzahl                                   |
| 10. Ist das Gebiss mit herausnehmbarem und/oder festsitzendem Zahnersatz (z. B. Brücken, Kronen, Zahnprothesen) versorgt, der älter als 10 Jahre ist? Wenn ja, bitte die Anzahl der so versorgten Zähne (bei Brücken auch die Anzahl der überkronen Nachbarzähne) angeben.  |                 | <input type="checkbox"/> nein [ ]<br>Anzahl                                   |
| 11. Sind zahnärztliche/kieferorthopädische Behandlungen (z. B. Inlays, Parodontosebehandlung, Zahnersatz oder Implantate) notwendig, angeraten oder wurden solche begonnen bzw. fanden in den letzten 12 Monaten Parodontosebehandlungen/ Zahnfleischerkrankungen statt? Wenn ja, welche Behandlungen, wer kann Auskunft geben? |                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                     |

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 Fremdkörper nach Operationen, Diagnose, Beginn und Ende der Behandlung, verordnete Medikamente und Dosierung, bestehender, abgedeckter oder absehbarer Hilfsmittelbedarf, Art der körperlichen oder geistigen Defizite, Entbindungstermin, Anzahl/Alter fehlender oder mit herausnehmbarem und/oder festsitzendem Zahnersatz versorgter Zähne, AU Tage, Anschriften von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Kur/Rehakliniken, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, usw.).

Zu 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"/> |  |

### 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.

|  |
|--|
|  |
|  |

## Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Name des Antragstellers            | Geburtsdatum des Antragstellers            |
| Name der zu versichernden Person 1 | Geburtsdatum der zu versichernden Person 1 |

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Datenschutz-Grundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diese Risikovorfrage und für den Fall des späteren Vertragsschlusses erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Continentale Krankenversicherung a.G., und Ihr Versicherungsvermittler, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Risikovorfrage sowie für eine spätere Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags bei uns unentbehrlich. Geben Sie Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Antragstellung für die Risikovorfrage nicht ab, wird die Prüfung der Versicherbarkeit in der Regel nicht möglich sein. Sie haben auch die Möglichkeit, Ihre Einwilligung während der noch nicht abgeschlossenen Risikoprüfung für die Zukunft zu widerrufen, soweit sich der Widerruf nicht auf Einwilligungen bezieht, die für die Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen unentbehrlich sind. Ob und inwieweit ein Widerruf eine für die Zukunft wirkende Bedeutung erlangt und von uns berücksichtigt werden kann, erläutern wir Ihnen zur jeweiligen Erklärung.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Continentale Krankenversicherung a.G. selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Continentale Krankenversicherung a.G. (unter 2.) und
- nach Abschluss der Risikoprüfung (unter 3.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Continentale Krankenversicherung a.G.

Für die Prüfung Ihrer Risikovorfrage ist es erforderlich, Ihre Gesundheitsdaten erheben, speichern und nutzen zu können. Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Verarbeitung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten zum Zeitpunkt der Risikovorfrage nicht ab, ist eine Prüfung Ihrer Anfrage nicht möglich.

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 Prüfung der Risikovorfrage erforderlich ist.

### 2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Continentale Krankenversicherung a.G.

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### 2.1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht immer vollständig selbst durch, sondern übertragen ggf. die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Continentale Versicherungsverbandes oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die Liste ist den Datenschutzhinweisen angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.continentale.de/](http://www.continentale.de/)

dienstleisterliste eingesehen werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste entsprechend durch ein \*) gekennzeichneten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Risikovorfrage nicht ab, ist die Prüfung Ihrer Risikovorfrage nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung und ist die Prüfung Ihrer Risikovorfrage noch nicht abgeschlossen, kann Ihr Widerruf für die Zukunft berücksichtigt werden. Die weitere Bearbeitung oder Abschluss der Prüfung Ihrer Risikovorfrage ist dann nicht mehr möglich.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Continentale Krankenversicherung a.G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Continentale Versicherungsverbandes und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 2.2 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihre Risikovorfrage 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 und mit welchem Inhalt ein Versicherungsvertrag mit Ihnen angenommen werden kann.

Geben Sie uns für den Fall der Risikovorfrage über einen Vermittler Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an selbstständige Vermittler zum Zeitpunkt der Risikovorfrage nicht ab, ist die Prüfung Ihrer Risikovorfrage nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung und ist die Prüfung Ihrer Risikovorfrage noch nicht abgeschlossen, kann Ihr Widerruf für die Zukunft berücksichtigt werden. Die weitere Bearbeitung oder Abschluss der Prüfung Ihrer Risikovorfrage kann dann im Einzelfall nicht mehr möglich sein.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die Mitarbeiter der Continentale Krankenversicherung a.G. insoweit 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.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten nach Abschluss der Risikoprüfung nicht ab, ist eine Prüfung und weitere Bearbeitung der Risikovorfrage nicht möglich.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. und mein Versicherungsvermittler 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 im Fall, wenn ein Vertrag mit mir zustande kommt, über den zuvor genannten Zeitraum hinaus zu Vertragszwecken gespeichert werden.

|                      |                                     |                               |
|----------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/>          |
| Datum                |                                     | Unterschrift Antragsteller/in |

|                      |                                     |   |                                     |  |
|----------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/>                         |
| Datum                |                                     | Unterschrift der zu versichernden Person 1 ab 16 Jahren |                                     | ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter |