

Mitversicherung eines neugeborenen Kindes

Vorname des Antragstellers/Versicherungsnehmers

Versicherungs-Nummer

Nachname des Antragstellers/Versicherungsnehmers

Vep-Nummer

Ich beantrage - zum 01. des Geburtsmonats - die Mitversicherung **meines** neugeborenen Kindes:

Vorname des Kindes

Nachname / Geburtsname (falls abweichend) des Kindes

Geschlecht

weiblich männlich divers

geboren am

Geburtsort¹

Die versicherte Person hat Geschwister, die am gleichen Tag geboren sind (z. B. Zwillinge, Drillinge).¹

nein ja

Geburtsland¹

Deutschland

Tarif(e)²

¹ nur bei Krankheitskostenvoll- und Beihilferestkostenversicherungen zur Nutzung der Telematikinfrastruktur (zur Beschaffung der Renten- und Krankenversicherernummer)

² Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines Elternteils sein und muss innerhalb von zwei Monaten ab dem Tag der Geburt beantragt werden.

Gesamtbeitrag
monatlich in EUR

Ich beantrage für das mitzuversichernde Kind die Beitragsfreistellung für Kinder in der Pflegepflichtversicherung und bestätige, dass die Voraussetzungen gemäß § 25 SGB XI / § 8 (2), (3) MB/PPV 2022 (nähere Informationen entnehmen Sie bitte Abschnitt A) Nr. 2 dieses Antrages) erfüllt sind.

Datenaustausch mit den Finanzbehörden

Die Continentale Krankenversicherung a.G. ist aufgrund § 10 Abs. 2b Einkommenssteuergesetz (EStG) zum Datenaustausch mit den Finanzbehörden – bzgl. Krankheitskostenvollversicherungen, Beihilfeversicherungen, Pflegepflichtversicherungen, Anwartschaftsversicherungen auf Krankheitskostenvollversicherungen und Auslandskrankenversicherungen, welche nicht kurzfristigen Auslandsaufenthalten dienen – berechtigt und verpflichtet. Sollte ich die Steueridentifikationsnummer nicht zur Hand haben, wird die Continentale Krankenversicherung a.G. die Steueridentifikationsnummer beim Bundeszentralamt für Steuern erheben.

Steueridentifikationsnummer des Kindes*

* Falls Sie die Steueridentifikationsnummer noch nicht erhalten haben, bitten wir Sie, diese nach Erhalt mitzuteilen.

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

Zur Bearbeitung Ihres Antrages und zur Durchführung des Versicherungsvertrages müssen wir, die Continentale Krankenversicherung a.G., auch Gesundheitsdaten oder andere besonders schutzwürdige Daten verarbeiten. In den nachfolgend genannten Fällen benötigen wir dazu Ihre Einwilligung.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Informationen, die der Schweigepflicht unterliegen, bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben oder an einbezogene Dritte, z. B. Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen. Der Schweigepflicht unterliegen insbesondere Gesundheitsdaten, aber auch andere Informationen, z. B. dass ein Vertrag mit Ihnen besteht.

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

Zur Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten bei der Risikobeurteilung im Antragsfall (Risikoprüfung) benötigen wir Ihre Einwilligungserklärung. In der Risikoprüfung nutzen wir auch automatisierte Verfahren zur Einschätzung individueller Risiken. Dadurch kann zügig und kostengünstig entschieden werden, ob und zu welchen Bedingungen Versicherungsschutz geboten werden kann.

Auch in der Leistungsprüfung können Gesundheitsdaten vollautomatisiert verarbeitet werden. Wir prüfen dabei maschinell, ob und in welchem Umfang Sie eine Leistung beanspruchen können. Berechtigte Ansprüche können so schneller erfüllt und unberechtigte abgelehnt werden. Hierzu benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine in diesem Antrag, in einem früheren Antrag oder Vertragsverhältnis und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Risikoprüfung sowie zum Abschluss dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten und anderen der Schweigepflicht unterliegenden Informationen bei Dritten (Risiko- und Leistungsprüfung)

Für die Risikoprüfung kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Solche Stellen können z. B. Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime, Pflegepersonen, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Personenversicherer und Behörden sein. Außerdem kann es zur Leistungsprüfung erforderlich sein, dass wir durch Anfragen bei diesen Stellen die Angaben über Ihre Gesundheit prüfen, die Sie machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Gutachten oder Mitteilungen eines Arztes) ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere der Schweigepflicht unterliegende Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich die Continentale Krankenversicherung a.G. in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- der Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Continentale Krankenversicherung a.G. zustimme, die genannten Stellen und die für sie tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Continentale Krankenversicherung a.G. einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst vorlege.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer verzögerten Bearbeitung meines Anliegens führen kann. Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Die Erklärungen gelten auch für die Bearbeitung aller Versicherungsfälle, die vor Ablauf der genannten Frist eingetreten sind. Für die Prüfung, ob bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und anderer der Schweigepflicht unterliegenden Informationen an Stellen außerhalb der Continentale Krankenversicherung a.G.

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

3.1. Übertragung von Aufgaben auf Dienstleister

Wir übertragen bestimmte Aufgaben im Bereich der Risikoprüfung, Vertragsverwaltung oder der Leistungsprüfung auf andere Gesellschaften des Continentale Versicherungsverbandes oder einen anderen Dienstleister. Alle Dienstleister sind 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.



3.2. Datenweitergabe an Rückversicherer

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

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

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

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

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

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

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

3.3. Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer

Wenn Sie als versicherte Person nicht selbst Antragsteller bzw. Vertragspartei sind (z. B. Ehepartner), kann es erforderlich sein, dass wir dem Versicherungsnehmer Daten mitteilen, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen. Das gilt insbesondere für die Ergebnisse der Risikoprüfung wie die Versicherbarkeit einschließlich der Feststellung etwaiger Ausschlüsse vom Versicherungsschutz wegen bestimmter Erkrankungen. Auch zur Durchführung des Versicherungsvertrages kann es erforderlich sein, dem Versicherungsnehmer Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit geben, zur Kenntnis zu geben. Das gilt insbesondere, wenn an den Versicherungsnehmer Hinweise auf zu erfüllende vertragliche Anzeige- und Auskunftspflichten oder zur Einhaltung von Fristen gegeben werden müssen, sowie für die Mitteilung der Ergebnisse der Leistungsprüfung. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, für diesen Fall einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten - soweit dies für die oben genannten Zwecke erforderlich ist - dem Versicherungsnehmer gegenüber offenlegt. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Wir geben in der Regel keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvermittler (Versicherungsvertreter oder Versicherungsmakler) weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Versicherungsvermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Versicherungsvermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Versicherungsvertreeters kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Versicherungsvertreter kommen. Sie werden in diesem Fall vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten an den neuen Versicherungsvertreter informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen. Dies gilt auch für eine Übertragung von einem Versicherungsmakler auf einen Versicherungsvertreter. Für die Übertragung von Vertragsdaten von einem Versicherungsmakler auf einen anderen Versicherungsmakler gilt dies nur, sofern der neue Versicherungsmakler dem Versicherungsunternehmen noch keine Maklervollmacht vorgelegt hat und eine Datenübermittlung erforderlich ist. In diesem Fall benötigen wir auch Ihre Schweigepflichtentbindung.

Für die Datenweitergabe in diesen Fällen benötigen wir Ihre Einwilligung. Die Einwilligung gilt auch für die Übermittlung von Gesundheitsdaten an Dienstleistungsgesellschaften, die vom Versicherungsvermittler für die Entgegennahme von Daten beauftragt sind. Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsvermittler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvermittler ein. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

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.

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler nach Ende ihrer Betreuung

Im Laufe eines Versicherungsvertrages kann es vorkommen, dass ein selbstständiger Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt oder erweitert hat (sog. Abschlussvermittler), und diesen auch betreut hat, Ihren Versicherungsvertrag nicht weiter betreut (z. B. aufgrund der Beendigung des Vermittlervertrages mit uns oder aufgrund unserer oder Ihrer Entscheidung, dass ein anderer Versicherungsvermittler Ihren Vertrag betreuen soll).

In einem solchen Fall kann es dazu kommen, dass diesen Abschlussvermittlern auch nach Ende ihrer Betreuung Ihres Vertrages noch Daten über Veränderungen des Vertrages, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung des Vertrages übermittelt werden. Dies ist erforderlich, um unsere vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem jeweiligen Abschlussvermittler zu erfüllen.

Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsmakler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvermittler ein. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. an Versicherungsvermittler und Dienstleister von Versicherungsvermittlern auch nach Ende ihrer Betreuung meines Vertrages noch Daten über Veränderungen des Vertrages, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung des Vertrages – soweit erforderlich – übermittelt, und diese dort erhoben und gespeichert werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich dazu die für die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

4. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir verarbeiten Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert. Dafür benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres zu den oben genannten Zwecken verarbeitet.

5. Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später unter der auf der letzten Seite angegebenen Adresse mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Zu den Folgen von Streichungen in den Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen verweisen wir auf die Angaben in den vorstehenden Bausteinen. Wir weisen nochmals klarstellend darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrags in der Regel nicht möglich sein wird.

Geben Sie uns Ihre Erklärung und Einwilligung im Fall der Ziffern 2.1, 3.1 bis 3.5 und 5 zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, kann dies zu einer Verzögerung der Risikoprüfung führen oder der Abschluss des Versicherungsvertrags ist nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt, kann dies zu einer Verzögerung bei der noch nicht abgeschlossenen Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung im Fall der Ziffer 3.1 nach Begründung des Versicherungsvertrags unter Nennung des Dienstleisters sowie Darlegung Ihrer besonderen Situation, werden wir eine Interessensabwägung der konkreten Sachlage vornehmen und Sie über unser Ergebnis informieren.

Ist ein sonstiger Widerruf treuwidrig oder wird dadurch die weitere Vertragsdurchführung unmöglich, können wir einen solchen Widerruf nicht berücksichtigen.

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



Empfangsbestätigung (nur für Versicherungsschutz, der bisher noch nicht Gegenstand des Vertrages war)

Ich bestätige, dass ich die Versicherungsbedingungen für die beantragten Tarife (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen: Tarife mit Tarifbedingungen) mit den jeweils dazugehörigen Musterbedingungen/Rahmenbedingungen (Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) einschließlich Besonderer Bedingungen sowie die weiteren Vertragsinformationen (Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag, Informationen zu Ihrer Krankenversicherung, Widerrufsbelehrung, Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht) erhalten habe.

Unterschrift des Antragstellers 

Schlusserklärungen und Antragsunterschriften

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, überprüfen Sie bitte alle Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit.

Bitte lesen Sie auch die Einwilligungen / Erklärungen auf der nächsten Seite. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Einwilligungen / Erklärungen zum Inhalt des Antrages.

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



Datum

Unterschrift des Antragstellers / gesetzlichen Vertreters des Neugeborenen

A) Informationen für den Antragsteller und die zu versichernde Person

1. Information zur Tarifvariante BKK

Eine Versicherung nach den beantragten Tarifen in der Tarifvariante „BKK“ begründet eine Beitragsvergünstigung von 3% (für die Tarife CEJ, StartA, StartK, StartS und StartZ sind in der Tarifvariante „BKK“ abweichende Vergünstigungen im Beitrag enthalten). Der reduzierte Beitrag ist im Antrag und Versicherungsschein ausgewiesen. Diese Beitragsvergünstigung wurde bei der Beitragsfestsetzung bereits berücksichtigt und gilt für den Zeitraum, in dem eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bei der Betriebskrankenkasse „Continental Betriebskrankenkasse“ besteht. Während dieser Zeit wird die Tarifbezeichnung um „BKK“ ergänzt.

Für die Dauer einer Ausbildungsversicherung nach den Besonderen Bedingungen AZ ist eine Beitragsvergünstigung für die Tarifvariante „BKK“ nicht vorgesehen.

Endet die Mitgliedschaft oder die Familienversicherung in der Betriebskrankenkasse „Continental Betriebskrankenkasse“, endet zum gleichen Zeitpunkt auch die Versicherung in der Tarifvariante „BKK“. Die Versicherung wird dann ohne Beitragsvergünstigung fortgesetzt. In diesem Fall können Sie die Versicherung für die Tarife StartA, StartK, StartS und StartZ innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegfall der Beitragsvergünstigung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Sollte eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nicht zustande kommen, wird die Versicherung ohne Beitragsvergünstigung geführt.

Für die korrekte Vertragsführung ist es erforderlich, dass die Continentale Krankenversicherung die Continentale BKK während der Zeit der Mitgliedschaft oder Familienversicherung bei der Continentale BKK über das Nichtzustandekommen, den Beginn, das Bestehen und die Beendigung meines/unseres Versicherungsschutzes nach den Exklusivtarifen der Continentale Krankenversicherung a.G. sowie über eine Namensänderung (z.B. nach Heirat) oder Adressänderung (z.B. nach Umzug) und über Versicherungszeiten informiert.

Weiter ist es erforderlich, dass die Continentale BKK die Continentale Krankenversicherung a.G. über das Nichtzustandekommen, den Beginn, das Bestehen und die Beendigung meiner Mitgliedschaft oder Familienversicherung sowie über eine Namens- oder Adressänderung und über Versicherungszeiten informiert.

Hierfür benötigen wir, die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale BKK jeweils Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtbindung für uns, falls in diesem Zusammenhang nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen (siehe Seite 5 - Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtbindungserklärung).

Der Datenaustausch endet für einen Versicherten automatisch, wenn die Mitgliedschaft oder Familienversicherung des Versicherten mit der Continentale BKK endet und die Continentale Krankenversicherung a.G. über die Beendigung informiert wurde. Gleiches

gilt, wenn für den jeweils Versicherten kein Versicherungsschutz mehr nach den Exklusivtarifen der Continentale Krankenversicherung a.G. besteht und die Continentale BKK über die Beendigung informiert wurde.

2. Informationen zur beitragsfreien Mitversicherung von Kindern, Jugendlichen und Studenten in der Pflegepflichtversicherung

Ein Kind kann in der privaten Pflegepflichtversicherung beitragsfrei versichert werden, wenn

- mindestens ein Elternteil in der privaten Pflegepflichtversicherung aktiv versichert ist,
 - das Kind nicht versicherungspflichtig in der sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV) ist und auch kein Anspruch auf Familienversicherung in der SPV besteht,
 - das Kind nicht von der Versicherungspflicht in der SPV befreit ist,
 - das Kind nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig ist und
 - das Kind kein Gesamteinkommen hat, dass die Einkommensgrenze (2023) von 485 Euro bzw. im Falle einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8 (1) Nr. 1, 8a SGB IV 520 Euro überschreitet.
- Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts nach § 2 Abs. 1 EStG (z. B. Dienstbezüge und Gehälter, Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit usw.).

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit in der privaten Pflegepflichtversicherung bei Kindern

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs;
- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahrs, wenn sie nicht erwerbstätig sind;
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahrs, wenn sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten (Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch einen freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Jugendfreiwilligendienstgesetz, dem Bundesfreiwilligendienstgesetz oder einem vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfergesetzes für die Dauer von höchstens 12 Monaten unterbrochen, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer des Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus.);
- ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches - SGB IX) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten. Voraussetzung ist, dass die Behinderung bereits zu einem Zeitpunkt vorlag, zu dem das Kind innerhalb der obengenannten Altersgrenzen beitragsfrei versichert war.



B) Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

1. Grundlage des Versicherungsvertrages

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

2. Zustandekommen des Vertrages

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

3. Erklärung zur Beitragsermäßigung im Alter (BE)

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

4. Erklärung zum Leistungsfreiheitsrabatt nach dem Tarif CSB1

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

5. Erklärung zur Anwartschaftsversicherung YG / YK bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung

Ich bestätige, dass die zu versichernden Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert bzw. bei einem pflichtversicherten Mitglied familienversichert sind. Aus einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. einer daraus resultierenden Familienversicherung kann eine Umwandlung in den vereinbarten Tarif nicht beansprucht werden.

C) Einwilligung in die Datenverarbeitung zur Nutzung der Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) und Schweigepflichtentbindung

Die TI vernetzt alle Akteure des Gesundheitswesens und gewährleistet den sicheren Austausch von Informationen. Sie ist ein geschlossenes Netz, zu dem nur registrierte Nutzer (Personen oder Institutionen) Zugang erhalten. Die TI bietet Versicherten und Leistungserbringern verschiedene Anwendungen, z.B. die elektronische Patientenakte. Bei einigen Anwendungen entscheiden wir, ob diese den Versicherten angeboten werden. Für Sie als privat versicherte Person ist die Nutzung dieser Anwendungen freiwillig. Die Hoheit über die Daten liegt bei den Anwendungen der TI allein bei Ihnen.

Krankenversichertennummer (KVNR)

Für den Zugang zur TI ist eine kartenlose digitale Identität nach § 291 SGB V erforderlich. Die digitale Identität dient als Ihr persönlicher Schlüssel zu den Anwendungen in der TI. Um Ihnen eine digitale Identität und die daran gebundenen Anwendungen der TI bereitstellen zu können, benötigen wir Ihre KVNR. Wenn Sie noch keine KVNR haben, lassen wir diese für Sie erstellen. Die KVNR wird auch für privat Versicherte durch die gesetzlich vorgesehene Vertrauensstelle KVNR nach § 290 SGB V auf der Grundlage der Rentenversicherungsnummer (RVNR) individuell einmalig vergeben. Nähere Informationen über das Verfahren zur Bildung einer KVNR durch die Vertrauensstelle finden Sie unter <https://www.itsg.de/produkte/vst-krankenversichertennummer/>. Sollten Sie bereits über eine KVNR verfügen, ist diese zur Vermeidung von Doppelvergaben mit der Vertrauensstelle KVNR abzugleichen. Für die Vergabe der KVNR bzw. den Abgleich ist es erforderlich, dass wir der Vertrauensstelle das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilen und die RVNR übermitteln. Für den Fall, dass eine RVNR noch nicht vergeben bzw. mitgeteilt wurde, lassen wir diese durch die Deutsche Rentenversicherung für Sie bilden bzw. rufen diese bei der Deutschen Rentenversicherung ab. Hierzu ist es erforderlich, dass wir der Deutschen Rentenversicherung das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilen und folgende personenbezogene Daten an die Deutsche Rentenversicherung übermitteln: Familienname, ggfs. Geburtsname, Vorname,

ggfs. Titel, Geburtsdatum, Geschlecht, Geburtsort, Geburtsland, ggfs. Staatsangehörigkeit, Wohnort, Straße, Hausnummer, ggfs. Kennzeichen für Mehrlingsgeburt, ggf. Rentenversicherungsnummer

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere der Rentenversicherungsnummer, ein, soweit dies für die Vergabe bzw. den Abgleich der Krankenversichertennummer erforderlich ist und entbinde die für meinen Versicherer tätigen Personen sowie die bei der **Vertrauensstelle Krankenversichertennummer** tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein, soweit dies für die Vergabe oder den Abruf der Rentenversicherungsnummer durch die Deutsche Rentenversicherung erforderlich ist und entbinde die für den Versicherer tätigen Personen sowie die bei der **Deutschen Rentenversicherung** tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung uns gegenüber mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wird die Erklärung insgesamt nicht abgegeben oder werden einzelne Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen gestrichen oder widerrufen, kann dies allerdings zur Folge haben, dass die digitale Identität sowie die Anwendungen der TI nicht, nicht mehr oder nur eingeschränkt genutzt werden können.

Erklärung für vertretene Personen

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.

Risikoträger

Continental 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

