



SUPRIMA®

Risikovorfrage vor Beantragung einer

■ Ertragsausfallversicherung

oder

■ Kostenversicherung

von Freiberuflern und selbstständig beratend Tätigen

GS-Nr.: _____

Adress-Nr. (VN): _____

VS-Nr.: _____

Vermittler(in)-Nr.: _____

An: kc-fk-s

Anfragende(r), der später Versicherungsnehmer werden soll

Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen.

0 = ohne Anrede 1 = Herr 2 = Frau 3 = Herren 4 = Frauen 5 = Herr und Frau 6 = Firma 9 = Sonderanrede

Vor- und Zuname _____

Geburtsdatum _____

Diese Risikovorfrage dient der Vorbereitung eines späteren Antrags, dem sie dann zugrunde gelegt wird. Sie unterliegt deshalb bereits jetzt den für eine Antragstellung geltenden vorvertraglichen Anzeigepflichten.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Versicherungsschutz übernehmen wir im Vertrauen darauf, dass uns die für den Vertragsabschluss und für die Übernahme des zu versichernden Risikos maßgebenden Umstände wahrheitsgemäß und vollständig mitgeteilt werden. Der Anfragende hat uns bis zur Abgabe der Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände anzuzeigen, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir in Textform gefragt haben. Bei Verletzung dieser Anzeigepflicht können wir vom Vertrag zurücktreten und leistungsfrei sein oder den Vertrag kündigen oder eine Vertragsanpassung vornehmen. Dies gilt insbesondere für die Erklärungen über die Risikoverhältnisse.

Datenschutzhinweise

Informationen zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz finden Sie im Anhang unter „Datenschutzhinweise“.

Verantwortlich leitende Person

Name der den Betrieb verantwortlich leitenden Person* _____

Geburtsdatum* _____

Beruf _____

* sofern nicht Anfragende(r)

Gewünschter Versicherungsschutz

Variante A: Kostenversicherung (fortlaufende Kosten)

1. Vollkosten _____ Euro

2. Teilkosten _____ Euro

3. Vertreterkosten (Aufwendung für die Beschäftigung einer externen Vertretungskraft) _____ Euro

Variante B: Ertragsausfallversicherung (entgehender Beitragsgewinn und fortlaufende Kosten)

1. Ertragsausfallversicherung _____ Euro

Karenzzeit 21 Tage 28 Tage 42 Tage 56 Tage 90 Tage

Haftzeit 12 Monate 18 Monate 24 Monate

Versicherungsbeginn

Beginn (0 Uhr) _____

Erklärungen über die Risikoverhältnisse

Angaben über Vorversicherungen und über bestehende oder beantragte Versicherungen

Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen.

Bestanden in den letzten 5 Jahren oder bestehen weitere Versicherungen bzw. wurden welche beantragt oder beantragte Versicherungen abgelehnt?

- | | | | |
|---|---|--|---|
| A. Deutsche Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | D. Private Krankentagegeldversicherung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| B. Krankengeldabsicherung in der GKV? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | E. Private Krankenhaustagegeldversicherung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| C. Private Krankheitskostenvollversicherung bzw. einzelne Tarife? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | F. Betriebskosten-/Ertragsausfallversicherung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Versicherer	Zeitraum von-bis bzw. abgelehnt am	Wurde die Versicherung beendet?	wenn ja, von wem?	Weitere Angaben zu bestehenden Versicherungen oder Versicherungen, die bestanden haben?*
_____	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VR	_____

VN = Versicherungsnehmer
VR = Versicherer (privates Versicherungsunternehmen oder gesetzliche Krankenkasse)

* Höhe des Krankentagegeldes in Euro
Höhe des Krankentagegeldes in Euro
Karenzzeit in Tagen

Erklärung über die Gesundheitsverhältnisse der den Betrieb verantwortlich leitenden Person

- Größe und Gewicht _____ cm _____ kg
- Fehlzeiten _____
 Zeiten von Arbeitsunfähigkeit in den letzten 3 Jahren: nein ja, und zwar _____

 Wegen folgender Erkrankungen/Unfallfolgen: _____

- 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
- Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Aufenthalte statt? nein ja
- Wurde in den letzten 5 Jahren eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt? nein ja
- 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? nein ja
- Besteht Hilfsmittelbedarf oder bestehen Defizite körperlicher oder geistiger Art? nein ja
- Bestanden oder bestehen behördlich anerkannte gesundheitliche Schäden? Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Bescheides beifügen. nein ja
- Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)? nein ja
- Betreiben Sie Flugsportarten (z. B. Drachen-, Gleitschirm-, Motor- oder Segelfliegen, Fallschirmspringen – jeweils auch als Mitfliegender/Teil eines Tandems) – oder Motor-Rennsport (Teilnahme an Fahrveranstaltungen oder Übungsfahrten als Fahrer, Beifahrer oder Insasse, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt)? nein ja
 Welche? _____
 Unter „Sport betreiben“ ist **nicht** zu verstehen, wenn eine solche Sportart maximal einmal im Jahr als seltenes Erlebnis ausgeführt wird.

Der/Die Anfragende verpflichtet sich, alle Heilbehandlungen, Beratungen oder Untersuchungen der den Betrieb verantwortlich leitenden Person, die bis zur Annahme eines späteren Antrages eintreten, dem Vorstand umgehend schriftlich anzuzeigen. Dies gilt auch für eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft.

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, AU Tage, Anschriften von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Kur-/Rehakliniken, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, usw.)

Frage	Nähere Angaben
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Risikovorfrage stellen

Wichtige Hinweise

Bevor Sie diese Risikovorfrage unterschreiben, überprüfen Sie bitte alle Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Beachten Sie dabei, dass Verletzungen der vorvertraglichen Anzeigepflicht den Versicherer berechtigen können, vom Vertrag zurückzutreten und leistungsfrei zu sein oder den Vertrag zu kündigen oder eine Vertragsanpassung vorzunehmen.

Durchschrift/Kopie: Eine Durchschrift/Kopie der Risikovorfrage wird dem/der Anfragenden nach Unterzeichnung der Risikovorfrage sofort ausgehändigt oder unverzüglich übersandt.

Ich bitte um Prüfung der Risikovorfrage auf Grundlage der vorstehenden Daten und Erklärungen.

Datum

Unterschrift
Anfragende(r)



Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung zur Risikovorfrage vor Beantragung von SUPRIMA

Name des/der Anfragenden _____

Geburtsdatum _____

Name der verantwortlich leitenden Person* _____

Geburtsdatum* _____

* sofern nicht Antragende(r)

Für die Erhebung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten und anderen besonders geschützten Daten benötigen wir darüber hinaus Ihr ausdrückliches Einverständnis in Form der nachstehend von Ihnen erbetenen Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen für die im Folgenden näher beschriebenen Zwecke.

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 Mannheimer Versicherung AG, 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 sonstigen nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten

- durch die Mannheimer Versicherung AG selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Mannheimer Versicherung AG (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 Mannheimer Versicherung AG

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 Mannheimer Versicherung AG 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 Strafgesetzbuch geschützter Daten an Stellen außerhalb der Mannheimer Versicherung AG

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 gegebenenfalls die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Continentale Versicherungsverbundes oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Diejenigen Stellen, die auch Gesundheitsdaten und andere besonders geschützte Daten für uns verarbeiten, haben wir in den beigefügten Dienstleisterlisten in der Rubrik „Gesundheitsdaten“ als Gesundheitsdaten verarbeitende Dienstleister besonders ausgewiesen.

Für die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 Strafgesetzbuch geschützter Daten an und die nachfolgende Verarbeitung durch die in den Listen ausgewiesenen Dienstleister, die auch Gesundheitsdaten für uns verarbeiten, benötigen wir Ihre nachstehend erbetene Einwilligungs- 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 der Abschluss der Prüfung Ihrer Risikovorfrage ist dann nicht mehr möglich.

Ich willige ein, dass die Mannheimer Versicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in den oben genannten Dienstleisterlisten als Gesundheitsdaten verarbeitende Dienstleister ausgewiesenen Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Mannheimer Versicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Continentale Versicherungsverbundes und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 Strafgesetzbuch geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 Strafgesetzbuch 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 der Abschluss der Prüfung Ihrer Risikovorfrage kann dann im Einzelfall nicht mehr möglich sein.

Ich willige ein, dass die Mannheimer Versicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die Mitarbeiter der Mannheimer Versicherung AG 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 Mannheimer Versicherung AG 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.

Mit meiner Unterschrift mache ich die vorstehenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen zum Inhalt der Risikovorfrage.

Datum _____

Unterschrift
Antragsteller(in) _____

Datum _____

Unterschrift der
verantwortlich
leitenden Person* _____

* sofern nicht Antragsteller(in)

Gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

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 gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. 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 unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere 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.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung 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 unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Die Vertragsänderung kann zum Wegfall des Versicherungsschutzes für einen bereits eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall führen.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabversicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf 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.

5. 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 Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene 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.

Liste der spezialisierten Unternehmen der Unternehmensgruppe

Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit, die untereinander auch als Auftragnehmer und Kooperationspartner tätig werden und eine zentrale Datenverarbeitung vornehmen.

Unternehmen	Übertragene Aufgaben, Funktionen	Gesundheitsdaten*
Continentale Krankenversicherung a.G.	Rechenzentrum, Rechnungswesen, Inkasso, Exkasso, Forderungseinzug, Recht, Kommunikation, Beschwerdebearbeitung, Qualitätsmanagement, Statistiken, Medizinischer Beratungsdienst, Revision, Compliance, Betriebsorganisation, verbundübergreifende Vertragsauskünfte allgemeiner Art, Empfang/Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnung von Eingangspost, Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Betrugsmanagement, Aktenentsorgung, Druck- und Versanddienstleistungen, zentrale Datenverarbeitung	Ja
Continentale Sachversicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, verbundübergreifende Vertragsauskünfte allgemeiner Art, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung	
Continentale Lebensversicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Sanktions-Compliance, verbundübergreifende Vertragsauskünfte allgemeiner Art, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), Darlehensverwaltung, zentrale Datenverarbeitung	
EUROPA Versicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, verbundübergreifende Vertragsauskünfte allgemeiner Art, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung	
EUROPA Lebensversicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, verbundübergreifende Vertragsauskünfte allgemeiner Art, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung	
Mannheimer Versicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, verbundübergreifende Vertragsauskünfte allgemeiner Art, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung	Ja

* In der Rubrik „Gesundheitsdaten“ informieren wir Sie über die Stellen (Unternehmen der Unternehmensgruppe und externe Dienstleister), die Gesundheitsdaten und andere besonders geschützte Daten – in Erfüllung der ihnen jeweils übertragenen Aufgaben und in dem dazu notwendigen Umfang – für uns verarbeiten.

Gesundheitsdaten erheben wir, bspw. in der Unfallversicherung oder in der SUPRIMA-Versicherung, von Versicherungsnehmern und versicherten Personen und in der Haftpflichtversicherung von Personen, die als Geschädigte Ansprüche stellen, mit denen wir uns zu befassen haben.