

# Anlage zum Antrag UnfallGiroTeam

vermittelt durch:

Versicherungs-Nr.  Zugang  Änderung  Abgang  zum

Interne Vermerke  VEP-Name  Telefon-Nr.  Antrags-Nr.

## 1. zu versichernde Person

Frau  Herr

Nachname und Vorname  Geburtsdatum  Derzeitige berufliche Tätigkeit - siehe bei Risikofragen „Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht“

Straße, Hausnummer  Postleitzahl  Wohnort  Arbeitgeber

## 2. zu versichernde Person

Frau  Herr

Nachname und Vorname  Geburtsdatum  Derzeitige berufliche Tätigkeit - siehe bei Risikofragen „Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht“

Straße, Hausnummer  Postleitzahl  Wohnort  Arbeitgeber

## 3. zu versichernde Person

Frau  Herr

Nachname und Vorname  Geburtsdatum  Derzeitige berufliche Tätigkeit - siehe bei Risikofragen „Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht“

Straße, Hausnummer  Postleitzahl  Wohnort  Arbeitgeber

## 4. zu versichernde Person

Frau  Herr

Nachname und Vorname  Geburtsdatum  Derzeitige berufliche Tätigkeit - siehe bei Risikofragen „Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht“

Straße, Hausnummer  Postleitzahl  Wohnort  Arbeitgeber

## Bezugsberechtigung (siehe „Bezugsberechtigung im Todesfall“ auf der Rückseite)

Person	Nach- und Vorname, Geburtsdatum des Bezugsberechtigten	Unterschrift der zu versichernden Person
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## AUB der Continentale (Leistungen EUR/Bezugsberechtigung)

AUB	95	2000	2004	2007	2012	2014	2016
<b>monatliche Unfallrente</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Komfort <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aktiv <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aktiv Plus <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Forte <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pro2 <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Invaliditätsleistung</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Invaliditäts-Grundsomme	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Progressiv-Staffel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Leistung bei Vollinvalidität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>weitere Leistungsarten</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Todesfall-Leistung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Unfallkrankhaustagegeld	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Genesungsgeld <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Krankhaustagegeld Plus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<sup>1</sup> die gewünschte Rente bitte ankreuzen

<sup>2</sup> Unfallrente mit garantierter jährlicher Erhöhung um 2 % bei Rentenbezug

<sup>3</sup> bitte ankreuzen, wenn gewünscht, nur in Verbindung mit Unfallkrankhaustagegeld möglich

Jahresbeitrag einer Person in EUR (ohne Versicherungssteuer)

### Risikofragen (bei Versicherung mit Namensangabe)

**Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht:**

Die nachfolgend gestellten Risikofragen und die Frage zur beruflichen Tätigkeit sind nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und richtig zu beantworten.

Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigen oder zu einer Vertragsanpassung führen.

Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz unter Punkt A nach dem Abschnitt für die Antragsunterschriften.

**a) Vorversicherungen:**

Bestand oder besteht eine weitere private Unfallversicherung oder wurde eine beantragt?

Nein  Ja, bitte weitere Angaben

Person Versicherer, Zeitraum, Versicherungs-Nr.

1	
2	
3	
4	

**b) Gesundheitserklärung für Neukunden bzw. bei erstmaliger Versicherung einer Person:**

1. Wurde eine zu versichernde Person in den letzten 5 Jahren aufgrund von Unfallereignissen/Stürzen mindestens zweimal stationär behandelt/ambulant operiert oder wurde sie wegen einer **schweren Erkrankung** ärztlich behandelt?

Nein  Ja, bitte nähere Angaben zu Diagnose und Therapie

**Schwere Erkrankungen sind:**

- Erkrankungen, die in den letzten 5 Jahren zu einer stationären Behandlung oder zu einer ambulanten Gelenkoperation geführt haben
- Erkrankungen, die einer regelmäßigen, mindestens halbjährlichen Behandlung (nicht: Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten) bedürfen
- Erkrankungen, die eine regelmäßige Einnahme der Medikamente Heparin, Marcumar, Falithrom, Warfarin, Pradaxa oder sonstiger blutverdünnender Mittel erfordern
- Sehschwäche von 8 Dioptrien oder mehr

Bitte Frage 2. unbedingt beantworten, auch wenn Frage 1. mit „Nein“ beantwortet wurde!

2. Besteht bei einer zu versichernden Person eine Behinderung (GdB) bzw. anerkannte Pflegebedürftigkeit oder wurde ein Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung bzw. eines Pflegegrades gestellt?

Nein  Ja, bitte Bescheid beilegen bzw. Datum der Antragstellung angeben – eine Kopie des Schwerbehindertenausweises reicht nicht aus

Person Versicherer, Zeitraum, Versicherungs-Nr.

1	
2	
3	
4	

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, so sind diese Angaben auf einem gesonderten Blatt zu vermerken, in diesem Falle bitte nebenstehendes Feld ankreuzen.

### SEPA-Lastschriftmandat (sofern Antragsteller Kontoinhaber ist; in allen anderen Fällen bitte SEPA-Lastschriftmandat 1e.1135)

Das nachfolgende Mandat wird als sogenanntes „Rahmenmandat“ vereinbart. Dadurch können fällige Beträge, die sich gegebenenfalls aus weiteren Verträgen mit verschiedenen Versicherern des Continentale Versicherungsverbundes ergeben, in einer Summe abgebucht werden (bitte das Mandat ausfüllen und unterschreiben).

Sofern Sie der Continentale Krankenversicherung a.G. bereits ein Rahmenmandat erteilt haben, werden wir dieses auch für die Einziehung der fälligen Beträge aus diesem Vertrag nutzen.

Wenn Sie kein Rahmenmandat erteilen oder einer Einbeziehung dieses Vertrages in ein bereits bestehendes Rahmenmandat nicht zustimmen wollen, sondern stattdessen ein Einzelmandat wünschen, kreuzen Sie bitte das nachfolgende Feld an (bitte das Mandat ausfüllen und unterschreiben):

Aus organisatorischen Gründen werden alle Lastschriften des Continentale Versicherungsverbundes durch die Continentale Krankenversicherung a.G. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ00000053646) durchgeführt und mit „Continentale/Europa Verbund“ auf Ihrem Kontoauszug ausgewiesen. Hierbei handelt die Continentale Krankenversicherung a.G. im Auftrag der anderen Versicherer des Continentale Versicherungsverbundes.

Continentale Krankenversicherung a.G. • Ruhrallee 92, 44139 Dortmund • Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271

Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ00000053646

Mandatsreferenznummer – wird separat mitgeteilt.

Familien- und Vorname des Kontoinhabers / Firma Kontoinhaber

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige die Continentale Krankenversicherung a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Continentale Krankenversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass ich rechtzeitig, mindestens jedoch 1 Tag vor Belastung meines Kontos, bei jedem ersten Abruf sowie bei Änderungen von Betrag und/oder Abbuchungstermin über den bevorstehenden SEPA-Lastschrifteinzug unter Nennung des abzubuchenden Betrages informiert werde.

Name und Ort des Kreditinstituts

IBAN

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

## Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich

- die Vertragsinformation „UnfallGiro - die Unfallversicherung“ (Formularnummer U.7e.5311)
- das „Produktinformationsblatt zu UnfallGiroKollekt - die Gruppen-Unfallversicherung“
- die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ erhalten habe.

Unterschrift des Antragstellers

## Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Folgender Text beruht überwiegend auf den mit den Datenschutzbehörden für die Lebens- und Krankenversicherung inhaltlich abgestimmten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungsklauseln.

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 diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Continentale Sachversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. an Adressermittler weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei uns unentbehrlich. Geben Sie Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Sie haben auch die Möglichkeit, Ihre Einwilligung während der Vertragslaufzeit für die Zukunft zu widerrufen, soweit sich der Widerruf nicht auf Einwilligungen bezieht, die für die Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrages 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 Strafgesetzbuch geschützter Daten

- durch die Continentale Sachversicherung AG selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Continentale Sachversicherung AG (unter 2.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (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 Sachversicherung AG

Für die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages 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 Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrages nicht möglich. Ein Widerruf nach Begründung des Versicherungsvertrages kann von uns regelmäßig nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig wäre und die weitere Durchführung des Versicherungsvertrages unmöglich macht.

**Ich willige ein**, dass die Continentale Sachversicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

### 2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 Strafgesetzbuch geschützter Daten an Stellen außerhalb der Continentale Sachversicherung 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 Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, 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 Versicherungsverbandes 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.

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 zurzeit gültige Liste ist den Datenschutzhinweisen angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.continentale.de/datenschutz](http://www.continentale.de/datenschutz) eingesehen werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste entsprechend durch ein \*) gekennzeichneten genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrages nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung nach Begründung des Versicherungsvertrages unter Nennung des Dienstleisters sowie Darlegung Ihrer besonderen Situation, werden wir eine Interessensabwägung der konkreten Sachlage vornehmen und Sie über unser Ergebnis informieren. Ein sonstiger Widerruf kann von uns nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig wäre und die weitere Durchführung des Versicherungsvertrages unmöglich macht.

**Ich willige ein**, dass die Continentale Sachversicherung AG 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 Sachversicherung AG 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 Strafgesetzbuch geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 2.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung 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 die Rückversicherung die Continentale Sachversicherung AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen 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 Rückversicherungen 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 Rückversicherungen weitergegeben werden.

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

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an eine Rückversicherung werden Sie durch uns unterrichtet.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an Rückversicherungen zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrages nicht möglich. Ein Widerruf nach Begründung des Versicherungsvertrages kann von uns nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig wäre und die weitere Durchführung des Versicherungsvertrages unmöglich macht.

**Ich willige ein**, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Sachversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 Strafgesetzbuch geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 2.3 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 Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (zum Beispiel Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, 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 Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Geben Sie uns für den Fall des Vertragsabschlusses über einen Vermittler Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an selbstständige Vermittler zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrages nicht möglich. Ein Widerruf nach Begründung des Versicherungsvertrages führt zur Beendigung Ihres aktuellen Betreuungsverhältnisses und Ihre Daten werden nicht mehr an diesen Vermittler weitergegeben.

**Ich willige ein**, dass die Continentale Sachversicherung 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 diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

#### 2.4 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 oder die Beitragsfreistellung des Vertrages übermittelt werden. Dies ist erforderlich, um unsere vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem jeweiligen Abschlussvermittler zu erfüllen.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrages nicht möglich. Ein Widerruf nach Abschluss des Versicherungsvertrages kann von uns nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig wäre und unsere vertragliche Verpflichtung gegenüber dem Abschlussvermittler unmöglich macht.

**Ich willige ein**, dass die Continentale Sachversicherung AG an Abschlussvermittler auch nach Ende ihrer Betreuung meines Vertrages noch Daten über Veränderungen des Vertrages, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung oder die Beitragsfreistellung des Vertrages übermittelt, und diese dort erhoben und gespeichert werden dürfen.

#### 3. Speicherung und Verwendung 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 bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten für den Fall wenn der Vertrag nicht zustande kommt nicht ab, ist eine Prüfung und weitere Bearbeitung des Antrags nicht möglich.

**Ich willige ein**, dass die Continentale Sachversicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

### Schlussklärung und Antragsunterschriften

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, überprüfen Sie bitte alle Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Bitte beachten Sie hierzu Abschnitt „A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf den letzten Seiten dieses Antrages. Bitte lesen Sie die Widerrufsbelehrung in Abschnitt B) auf den Folgeseiten, die Datenschutzhinweise sowie die Dienstleisterliste und die Information über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage des Artikels 14 DS-GVO in Ihrer Vertragsinformation. Mit meiner Unterschrift mache ich die Datenschutzhinweise zum Inhalt des Antrages und bestätige, dass ich am Vertrag beteiligte Personen (zum Beispiel mitversicherte Personen) zu den Datenschutzhinweisen informiere. Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor dem Ablauf der Widerrufsfrist beginnen kann. Eine Durchschrift des Antrages erhalte ich nach Unterschriftsleistung.

<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift des Antragstellers und ggf. des gesetzl. Vertreters
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift der zu versichernden Person 1
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift der zu versichernden Person 2
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift der zu versichernden Person 3
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift der zu versichernden Person 4
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Datum, Unterschrift des Vermittlers		

## A) 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 ggf. 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 beiliegenden 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 unverzüglich und unmittelbar gegenüber dem jeweiligen Versicherer 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?

#### 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.

Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrages 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, kann der Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat von uns gekündigt werden. Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

#### 3. 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 auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle zum Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

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 der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in einer Mitteilung hinweisen.

#### 4. Ausübung der 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 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 Vertragsänderung 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 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 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.

## B) Widerrufsbelehrung

### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an die  
Continentale Sachversicherung AG,  
Direktion: Ruhrallee 92  
in 44139 Dortmund.

### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenen Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten.

Die Berechnung des entsprechenden Betrages erfolgt anhand folgender Formel:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 des Beitrages der jährlichen Zahlung (bei halb-, vierteljährlicher und monatlicher Zahlung entsprechend 1/180, 1/90 bzw. 1/30 des Zahlbeitrages)
---	---	--

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

### Besondere Hinweise

Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat und bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung. Widerrufen Sie wirksam einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter.

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

### Ende der Widerrufsbelehrung

## Risikoträger

### Continentale Sachversicherung AG

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund  
Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),  
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),  
Stefan Andersch, Alf N. Schlegel,  
Falko Struve  
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer

Sitz der Gesellschaft: Dortmund  
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2783  
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer DE124906368

### C) Datenschutzhinweise

Sie finden die Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Continentale Sachversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte in Ihrer Vertragsinformation und, wie auch weitere Informationen zum Datenschutz, unter [www.continentale.de/datenschutz](http://www.continentale.de/datenschutz).

### D) Einwilligungen und Erklärungen des Antragstellers und der versicherten Personen

#### 1. Einwilligung zur Abfrage von Vorversichererdaten

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die zur Beurteilung des Risikos oder von Leistungsansprüchen erforderlich sind (z. B. Anzahl, Höhe und Zeitpunkt von Schäden vor Antragstellung), beim Vorversicherer erfragt. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist von dieser Einwilligung nicht erfasst.

#### 2. Einwilligung in die Bonitätsauskunft und in die Verwendung der Ergebnisse

Ich willige ein, dass meine Antragsdaten (Name, Vorname, Geburtsname bzw. Firma, Straße/Hausnr., PLZ und Ort) genutzt werden, um Bonitätsprüfungen bei Auskunfteien (z. B. Creditreform, infoscore, SCHUFA) durchzuführen. Zur Zeit erfolgen diese bei infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden.

### E) Erläuterungen zur Unfallversicherung

#### 1. Allgemeine Versicherungsbedingungen

Für die beantragte Versicherung gelten die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 95, 2000, 2004, 2007, 2012, 2014 bzw. 2016 der Continentale – s. Antrag), die Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung und – soweit beantragt – die weiteren Besonderen Bedingungen.

#### 2. Bezugsberechtigung im Todesfall

Die Bezugsberechtigung bestimmt, wer bei Unfalltod der versicherten Person die evtl. vereinbarte Todesfallsumme bzw. bei (Mit-) Versicherung einer Unfallrente die Kapitalleistung von 12 Monatsrenten erhalten soll.

Bei minderjährigen mitversicherten Personen darf ein Bezugsberechtigter aufgrund gesetzlicher Vorschriften nicht benannt werden; die Angabe „Erben“ ist aber möglich.

Ist kein Bezugsberechtigter benannt, gilt die Erbfolge.

#### 3. Mindestbeitrag

Der Mindestbeitrag beträgt je Vertrag 60 EUR unter Berücksichtigung aller Nachlässe und Zuschläge vor Versicherungssteuer (Jahresnettobeitrag).